

**Universidade Aberta do SUS – UNASUS**  
**Universidade Federal de Pelotas**  
**Especialização em Saúde da Família**  
**Modalidade a Distância**  
**Turma 06**



**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA DE ZERO A SETENTA E  
DOIS MESES, NA UBS GENTIL PERDOMO, RIO BRANCO/AC**

**Mariane Rodrigues Wanderley**

**Pelotas – RS, 2015**

**Mariane Rodrigues Wanderley**

**Melhoria da atenção à saúde da criança de zero a setenta e dois meses, na  
UBS Gentil Perdomo, Rio Branco/AC**

Projeto de intervenção apresentado ao  
Curso de Especialização em Saúde da  
Família – Modalidade a Distância –  
UFPEL/UNASUS, como requisito parcial  
para a obtenção do título de Especialista  
em Saúde da Família.

Orientador: Ailton Gomes Brant

**Pelotas, RS - 2015**

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas  
Catalogação na Publicação

W245m Wanderley, Mariane Rodrigues

Melhoria da atenção à saúde da criança de zero a setenta e dois meses, na UBS Gentil Perdomo, Rio Branco, AC / Mariane Rodrigues Wanderley ; Ailton Gomes Brant, orientador. — Pelotas, 2014.

75 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Saúde da criança. 4. Puericultura. 5. Saúde bucal. I. Brant, Ailton Gomes, orient. II. Título.

CDD : 362.14

A Deus, minha família e ao amor, sem isso eu não  
seria capaz.

## **Agradecimentos**

A Deus, sem Ele nada seria possível.

Agradeço a meus pais por investirem em mim e por não medirem esforços para que eu chegasse a esta etapa da minha vida.

Ao Danilo, pessoa com quem amo partilhar a vida, agradeço a paciência e parceria constantes.

## Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico indicativo da proporção de crianças entre zero e setenta e dois meses inscritas no programa saúde da criança da UBS Gentil Perdomo-----	54
Figura 2	Gráfico indicativo da proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida-----	55
Figura 3	Gráfico indicativo da proporção de crianças com monitoramento do crescimento-----	56
Figura 4	Gráfico indicativo da proporção de crianças com déficit de peso monitoradas-----	57
Figura 5	Gráfico indicativo da proporção de crianças com excesso de peso monitoradas-----	57
Figura 6	Gráfico indicativo da proporção de crianças com monitoramento do desenvolvimento -----	57
Figura 7	Gráfico indicativo da proporção de crianças com vacinas em dia de acordo com a idade-----	58
Figura 8	Gráfico indicativo da proporção de crianças entre seis e vinte e quatro meses com suplementação de ferro-----	59
Figura 9	Gráfico indicativo da proporção de crianças com triagem auditiva-----	60
Figura 10	Gráfico indicativo da proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 07 dias de vida-----	61
Figura 11	Gráfico indicativo da proporção de crianças entre 06 e 72 meses com avaliação de necessidade de atendimento odontológico-----	62
Figura 12	Gráfico indicativo da proporção de crianças entre 06 e 72 meses com primeira consulta odontológica-----	63
Figura 13	Gráfico indicativo da proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas às consultas no programa de saúde da criança-----	64
Figura 14	Gráfico indicativo da proporção de crianças com registro atualizado-----	65
Figura 15	Gráfico indicativo da proporção de crianças com avaliação de risco-----	65

Figura 16	Gráfico indicativo da proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância-----	66
Figura 17	Gráfico indicativo da proporção de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta-----	67
Figura 18	Gráfico indicativo da proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária-----	68
Figura 19	Gráfico indicativo da proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie-----	69

### **Lista de abreviaturas e siglas**

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
RN	Recém-nascido
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
URAP	Unidade de Referência em Atendimento Primário
USF	Unidade de Saúde da Família



## Sumário

Apresentação.....	12
1 Análise Situacional.....	13
1.1 Texto Inicial sobre a situação da ESF/APS em 29/08/2014.....	13
1.2 Relatório da Análise Situacional em 09/07/2014.....	16
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial sobre a situação da ESF/APS e o Relatório Situacional.....	25
2 Análise Estratégica.....	27
2.1 Justificativa.....	27
2.2 Objetivos e metas.....	29
2.2.1 Objetivo geral.....	29
2.2.2 Objetivos específicos .....	29
2.2.3 Metas .....	29
2.3 Metodologia .....	31
2.3.1 Ações .....	31
2.3.2 Indicadores .....	39
2.3.3 Logística .....	43
2.3.4 Cronograma.....	46
3 Relatório da Intervenção.....	47
3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	47
3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, descrevendo o motivo pelos quais estas ações não puderam ser realizadas.....	51
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.....	51
3.4 Análise da incorporação das ações previstas no projeto a rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina, mesmo com a finalização do curso.....	51
4 Avaliação da intervenção.....	53

4.1 Resultados.....	53
4.2 Discussão.....	69
4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	72
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	76
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	78
6 Referências .....	80
Anexos.....	81

## Resumo

WANDERLEY, Mariane Rodrigues. **Melhoria da atenção à saúde da criança de zero a setenta e dois meses, na UBS Gentil Perdomo, Rio Branco/AC.** 2015. 85f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) - Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O presente estudo é o resultado da extrema necessidade de cuidado específico direcionado às diferentes faixas etárias, que, independente da presença de comorbidades, necessitam de um acompanhamento integral para melhoria dos indicadores de saúde. A puericultura define-se como a ciência que estuda os seres humanos em pleno desenvolvimento, ou seja, a fase da infância. É neste período que os profissionais de saúde, em geral, têm a oportunidade de participar do crescimento e desenvolvimento infantil, instruindo pais e responsáveis, bem como qualificando o diagnóstico precoce de patologias como obesidade, desnutrição, dentre outros, da mesma maneira realizar aconselhamento referente à nutrição infantil, saúde bucal e prevenção de acidentes. O objetivo principal desse trabalho foi melhorar a atenção às crianças entre zero e setenta e dois meses na UBS Gentil Perdomo, Rio Branco/AC. A proposta foi criar o Programa Saúde da Criança, com um fluxograma de atendimento, metas a serem alcançadas e ações através das quais os objetivos seriam atingidos, respeitando a rotina da UBS sem prejudicar o atendimento da comunidade e esclarecendo a população sobre os benefícios e a importância da implementação e continuação do programa. Seus principais objetivos foram ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança, melhorar a qualidade do atendimento à criança, a adesão ao programa, o registro das informações, mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência e promover a saúde das crianças. Para isso, foi realizada busca ativa de crianças por meio de visitas domiciliares realizadas pelos Agentes Comunitários em Saúde e convites na própria UBS, utilizando meios informativos para disseminação de orientações em saúde, consultas clínicas periódicas e capacitação dos profissionais da UBS. Através dessas ações foram cadastradas no programa duzentas (200) crianças na faixa etária correspondente, o que condiz com 50% da área de cobertura. Houve ainda cumprimento das metas propostas, atingindo 100% na maioria dos indicadores, como proporção de crianças com excesso de peso monitoradas, suplementação de ferro entre seis e vinte e quatro meses, entre outros. Dessa forma, implementamos um programa que expandiu o cuidado à criança por meio do estabelecimento do vínculo desde cedo, com fornecimento de orientações e acompanhamento integral, permitindo que a atenção à saúde da criança fosse melhorada e pudesse firmar-se em nossa comunidade garantindo o aperfeiçoamento do serviço e dos indicadores de saúde.

**Palavras-chave:** Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Criança; Puericultura; Saúde Bucal.

## **Abstract**

WANDERLEY, Mariane Rodrigues. **Improvement of Child Health Attention between Zero and Seventy Two Months, in Health Basics Institute Gentil Perdomo, Rio Branco/AC.** 81f. Course Conclusion Work (Family Health Specialization) – Health Family Post Graduate Program, Social Medicine Department, Federal University of Pelotas, Pelotas, 2015.

The present study is the result of extreme necessity in specific care directed for different ages which needs integral accompanying for health indicators improvement independent of disease existence. Child welfare is defined as the science which studies development human being, that means, childhood. Health professionals has the opportunity of participate in growth and development in that phase, teaching parents and responsible as well qualifying premature diseases diagnosis like obesity, malnutrition, among others, in the same way doing advising about child nutrition, buccal health and accidents prevention. Principal object was improving zero to seventy two months children attention in Health Basics Institute (HBI) Gentil Perdomo, Rio Branco/AC. The proposal was create Child Health Program with a treatment flowchart, marks to be reached respecting HBI routine without prejudicing community caring and orientating people about benefits, implementation importance and continuation of the program. Principals objective was amplify Child Health Program cover, improve of child treatment quality, adhesion to program, information register, risk children mapping that belongs to range area and promote children health. For this, it was necessary children active search in domiciles visits made by Health Communitarians Agents and invites at HBI, using educative means for health orientations spreading, periodic medical consults and HBI professionals capacitation. Through these actions were registered two hundred (200) children between zero and seventy two months which means 50% of cover area. There were proposal marks accomplishments, reaching 100% in the most of all indicators like monitored children with weight excess proportion, iron supplemental between six and twenty four months, and others. Thereby, we implement a program which one expanded child care through establishment of a bond very soon, allowing that child attention was improved and could stay in our community guaranteeing service and health indicators improvement.

**Key words:** Family Health; Health Primary Attention; Child Health; Child Welfare; Buccal Health

## **Apresentação**

Esse trabalho de conclusão de curso trata da descrição de uma intervenção realizada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) como parte dos requisitos para obtenção do título de especialista em saúde da família. Está dividido em Análise situacional, que descreve qual era a situação da UBS Gentil Perdomo antes da intervenção; Análise Estratégica, que descreve a justificativa da escolha em trabalhar com crianças de zero a setenta e dois meses de idade, e os caminhos metodológicos e cronológicos que foram necessários para serem alcançadas as metas e consequentemente os objetivos que nortearam todo esse trabalho.

Em seguida, há a parte do Relatório da Intervenção, parte extremamente importante por avaliar o caminho percorrido ao longo das 12 semanas de intervenção, considerando nisso a viabilidade das ações pactuadas, os obstáculos e limitações enfrentadas, as facilidades e os cumprimentos das ações, de forma integral ou parcial ao longo desse período. Posteriormente, tem-se a Avaliação da Intervenção, em que os resultados obtidos estão devidamente elaborados e analisados, a partir dos gráficos. Na sequência, uma discussão é proposta para os mesmos, na tentativa de significar esses resultados para a comunidade, para o serviço e para os profissionais envolvidos.

Dando sequência ao trabalho elaborado, dois pequenos relatórios foram confeccionados, um para a comunidade, outro para os gestores. A proposta é dar um feedback às partes que se engajaram no projeto, prestando contas do que foi alcançado de avanço e do que ainda pode ser alcançado com a continuidade do programa.

Na última parte do conteúdo desse trabalho a autora faz uma análise, uma Reflexão Crítica sobre a caminhada desde o início do curso até a finalização da intervenção. Uma análise sobre os aprendizados e significados dos diversos frutos colhidos por meio dessa especialização.

## **1 ANÁLISE SITUACIONAL**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS em 29/08/2014**

A Unidade Básica de Saúde (UBS) na qual atuo localiza-se na zona urbana da capital do Acre, Rio Branco. É uma Unidade recém-reformada, com equipamentos novos e estrutura de ótima qualidade. A estrutura física é adequada para duas equipes de ESF, conta com consultórios médicos, de enfermagem e odontológico, sala de vacina, farmácia, recepção, sala de espera, sala para o programa Bolsa Família, sala de medicação, sala de curativos, banheiro para pacientes, banheiro para funcionários, administração, copa, almoxarifado e dispensa.

Dos nossos equipamentos e instrumentais, há necessidade de equipamentos mais específicos, porém imprescindíveis segundo o Ministério da Saúde (MS). Não há, na Unidade, negatoscópio, oftalmoscópio e otoscópio, instrumentos utilizados, principalmente, pelos médicos e essenciais no dia-dia da Unidade Saúde da Família (USF). Há deficiência de glicosímetro em nossa Unidade, há apenas um aparelho para toda nossa área, com constante falta de lancetas e fitas para o mesmo.

A UBS localiza-se na rua principal do bairro, cercada pelo comércio local e residências. Há estacionamento e rampa de acesso para deficientes físicos. A equipe tem deficiência de técnicos em enfermagem, bem como Agente Comunitário de Saúde (ACS), havendo desfalque em algumas áreas devido essa deficiência.

Semanalmente há reunião com todos os membros da equipe para discutir demandas trazidas pelos ACS, necessidade de melhorias, problemas ocorridos durante a semana anterior e sugestões repassadas pelos usuários. Como não há sala de reuniões, esse encontro é realizado ao final do expediente na sala de espera.

O atendimento realizado na UBS é concedido ao usuário através de agendamento, este ocorre por entrega de fichas por ordem de chegada e agendamento para dias subsequentes em casos de hipertensos e/ou diabéticos, idosos, deficientes, dentre outros grupos prioritários. Quando surgem pacientes com necessidade de atendimento no mesmo dia para e que não conseguiram agendar consulta é realizada uma triagem para estabelecer se esse atendimento será realizado na própria unidade como demanda espontânea ou se terá necessidade de encaminhamento para outra Unidade (Unidade de Pronto Atendimento – UPA - ou centro de saúde). Devido esse eficaz serviço de triagem, não há estabelecimento numérico para a quantidade de pacientes que serão atendidos por demanda espontânea, deixando livre para atendimento imediato ou agendamento, de acordo com a interpretação do caso.

Exames complementares e encaminhamentos para especialistas são conduzidos para o Centro de Saúde de referência para nossa localidade, lá são coletados exames mais básicos e agendados os demais, bem como já agendamento de consultas com especialistas.

Ao adentrar a unidade para atendimento, o paciente é recebido pela recepcionista a qual o conduz para a sala de espera e organiza a ordem de atendimento de acordo com horário de chegada e prioridades (idosos, crianças, gestantes e deficientes). O paciente passa pela consulta com enfermagem, cirurgião-dentista e/ou médico, quando necessário é encaminhado para sala de curativos que mantém uma técnica em enfermagem com especialidade em cuidados de feridas. Também dispomos de sala de medicação para pacientes atendidos na unidade e com prescrição de outros locais para nebulização ou administração de medicamentos parenterais.

Na nossa rotina nos deparamos frequentemente com pacientes hipertensos e/ou diabéticos que visitam a unidade para averiguar pressão arterial e glicemia capilar, quando são encontradas alterações, esses pacientes são encaminhados a atendimento clínico para controle de pico hipertensivo e da hiperglicemia. Quando não há devida resposta ao tratamento instituído, o mesmo é encaminhado para a unidade de pronto-atendimento mais próxima, muitas vezes por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), visto que a maioria dos pacientes não possuem meios próprios de locomoção. No mesmo dia esses pacientes têm sua consulta agendada para devido controle e acompanhamento posteriormente.

A comunidade, em geral, é de classe média baixa, há uma grande procura por consultas clínicas e devido a existência de áreas próximas descobertas, sofremos com demanda suprimida. A população ainda não acostumou com a recente reforma - anteriormente centro de saúde, a UBS funciona com a ESF. No dia-dia é comum queixas e reclamações sobre o número limitado de atendimentos diários e a necessidade de cada médico atender pacientes da sua área adstrita.

No dia-a-dia enfrentamos muitas reclamações da comunidade sobre a unidade, dentre elas, o número de atendimentos diários e disponibilidade de atendimento imediato. Mesmo com três médicos e três enfermeiras trabalhando na unidade, nossa equipe ainda é insuficiente para a população que procura atendimento em nosso serviço. Muitos pacientes moram nas redondezas, porém oficialmente são considerados fora de área, saturando nosso serviço e reduzindo o número de atendimentos para pacientes de áreas oficiais. Não negamos atendimento para nenhum indivíduo, apenas realizamos triagem de atendimento, caso a situação do paciente que procura a unidade após esgotar o número de atendimentos diários não seja de urgência, orientamos para que retorne no dia seguinte, entretanto há uma tendência imediatista que causa inúmeros transtornos e reclamações diárias.

Outro impasse que há entre a unidade e a comunidade é a dificuldade que a mesma tem em compreender a ausência dos profissionais na unidade quando há ações em saúde ou visitas domiciliares, há exigências e cobranças, sem entendimento de que apesar do profissional estar ausente na unidade, há produtividade em outro local, seja no grupo de idosos, na escola ou em uma visita domiciliar.

Felizmente, a maioria dos pacientes frequenta a unidade há muito tempo e comemorou a reinauguração, agradecem pelo fato de não precisarem mais se dirigir ao centro de saúde e assumem que a qualidade de atendimento e a humanização são melhores, com relação mais íntima entre os profissionais e a comunidade quando comparada ao centro de saúde.

Vejo em nossa unidade um serviço que está engatinhando na estratégia de saúde da família, muitas ações educativas devem ser desenvolvidas em nosso meio para que a população desenvolva um pensamento favorável a medicina preventiva e entenda que a UBS é um local para acompanhamento longitudinal e de criação de vínculos. É um trabalho árduo e com resultados em longo prazo, também é inovador



em nossa região, visto que a população carente ainda é ávida por atendimento e atenção.

Gosto de atuar nessa área, sinto que atuo âmagô da nossa saúde pública, onde toda e qualquer conduta que seja tomada interferirá diretamente no bem-estar de toda a comunidade, pois é ali, na vizinhança, que os pacientes trocam experiência, saberes, dicas e orientações. É gratificante saber que no meu local de trabalho, no meu consultório, os pacientes veem uma parceria e um apoio.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional em 09/07/2014**

Minha UBS localiza-se na cidade de Rio Branco, capital do Acre. Há uma estimativa de uma população de 357.000 em 2013, com presença de 53 UBS, todas atuando com a estratégia de saúde da família implementada, porém sem apoio do Núcleo de Atenção em Saúde da Família (NASF). A saúde no estado do Acre em âmbito geral depende do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo este nosso principal meio de prover saúde. Há um Hospital das Clínicas na capital que possui todas as especialidades oferecidas pelo estado, porém com muita deficiência de profissionais e grandes saturações do serviço de referência. O principal serviço hospitalar também se encontra no Hospital das Clínicas, com quatro enfermarias divididas entre clínica médica, cirurgia, ginecologia e obstetrícia, ortopedia e infectologia. Em anexo, existe o Hospital do Câncer, com pronto-atendimento e enfermaria correspondentes. Toda nossa rede é comprometida por falta de profissionais, havendo grande dificuldade na disponibilidade de exames e na referência aos serviços de especialidades.

Nosso serviço de saúde oferece as mais variadas especialidades, oftalmologia, ginecologia e obstetrícia, oncologia, neurologia, dentre outras, porém com número restrito de médicos especialistas em cada área, por exemplo, nosso estado possui apenas um cirurgião de cabeça e pescoço, um único neuropediatra, um reumatologista, sendo estes serviços de especialidades encontrados no Hospital das Clínicas da capital, ou seja, somos referência para todo o estado, o que gera uma saturação do serviço, longas filas de espera e frustração por parte dos pacientes que aguardam a avaliação do especialista e do médico de família da APS que aguarda a contra-referência. Mesmo diante dessas dificuldades, encontra-se uma taxa adequada de resolutividade dos problemas dos pacientes ao adentrarem

ao serviço de especialidades. Há constantes mutirões de atendimento para minimizar filas de cirurgia e, atualmente, o serviço de oncologia encontra-se em ampliação.

Neste perfil, encontra-se a UBS Gentil Perdomo. Inicialmente a UBS foi construída para duas ESF, porém com área de abrangência além da capacidade, havendo grande demanda em nossa rotina. Importante pontuar a introdução de mais um profissional médico recentemente com o objetivo de instalar uma terceira equipe, porém não houve complementação com outros profissionais para formar uma terceira ESF, configurando apenas um terceiro profissional médico, sem enfermeiro ou ACS para a equipe correspondente.

A UBS é urbana e encontra-se em um bairro onde a maior parte da população está na linha da pobreza, com minoria de classe média baixa. A área de abrangência é de 20.000 pessoas, exclusivamente vinculada ao SUS e com presença de acadêmicos do curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre. Nosso principal déficit é do número de profissionais, com poucos ACS e técnicos de enfermagem, o que prejudica o nosso trabalho de área e a rotina de pré-consulta e acolhimento. Dispomos de duas recepcionistas, quatro técnicos em enfermagem, sendo um técnico exclusivo para sala de curativo que atende à livre demanda, um coordenador, dois auxiliares administrativos, um técnico em farmácia, um auxiliar de dentista, duas serventes, vinte e um ACS ativos, três médicos, três enfermeiros e um cirurgião dentista todos esses números referem-se a funcionários comuns às três equipes.

Nossa unidade tem porte médio, é recém-reformada e adaptada para conter duas equipes de saúde da família, com consultórios individualizados para médicos, enfermeiros e um consultório para cirurgião-dentista. Há sala de curativo, de medicação, de bolsa-família, sala de vacina e sala de pré-consulta. Temos copa e banheiro para pacientes e funcionários separadamente. Atualmente nosso terceiro profissional médico atende na sala de arquivos, pois não houve nenhuma adaptação para sua chegada. Há déficit de equipamentos odontológicos, não temos oftalmoscópio ou otoscópio, e há apenas um glicosímetro. Esses aspectos dificultam uma harmonia no dia-dia da Unidade, tornando fatídicas as inúmeras solicitações de insumos e complementos que ainda não foram resolvidos. Nossa sala de espera e recepção tornaram-se pequenas após a chegada do terceiro profissional médico, causando tumulto na entrada das pessoas e falta de assentos, deixando os

pacientes alterados e nervosos, dificultando a aferição de pressão arterial. Devido esse cenário, já foi convocada reunião com a secretaria municipal de saúde para complementar a outra equipe de saúde da família, ampliando o espaço físico para acomodar todos os pacientes que causam o fluxo diário da nossa Unidade.

Nossas equipes de ACS, técnicos e auxiliares em enfermagem trabalham em esquema rotativo, havendo escala entre os serviços presentes na nossa unidade como sala de vacina, sala de medicação e sala de curativo . Com a deficiência de profissionais, alguns ACS são retirados da área numa escala mensal para poder suprir a ausência nos setores de pré-consulta e recepção dos pacientes, ocasionando inúmeras áreas descobertas na comunidade. Temos alguns problemas com profissionais em período de afastamento, sem resposta da secretaria de saúde para reposição desses profissionais.

Na UBS o enfermeiro conduz reuniões com ACS para organização de visitas domiciliares e produtividade mensal. Realiza consultas de enfermagem para planejamento familiar e coleta de exame citopatológico do colo uterino, bem como exame físico das mamas e solicitação de mamografias. O enfermeiro também realiza assistência pré-natal, auxilia na escala mensal de ACS para a Unidade e faz testes rápidos para HIV, sífilis, hepatite B.

Os médicos da nossa UBS realizam consultas clínicas, participações em palestras e capacitações, mutirões em saúde. Há visitas domiciliares semanais e reuniões em conjunto com a equipe.

Há apenas um cirurgião-dentista para as três equipes de saúde da família e dois auxiliares em saúde bucal. Esse número releva a deficiência desse profissional em nossa área e caracteriza-se com uma grande demanda suprimida e impede que o profissional saia da unidade para realizar ações em saúde em outros locais da comunidade. Estão sendo feitas solicitações de mais profissionais para nossa unidade, baseando essa solicitação no número de equipes que atuam em nossa UBS e na nossa área de abrangência.

Como citado anteriormente, trabalhamos em uma área de 20.000 habitantes, com duas equipes completas e uma terceira em fase de implementação. A maior parte da nossa população é do sexo feminino e de adultos jovens. Enfrentamos uma grande batalha devido o número inadequado de equipes para a área de abrangência, estamos tentando modificar a forma de atendimento a população para manejar de uma maneira melhor a demanda suprimida através de agendamento de

consultas, acolhimento, visitas domiciliares, atenção à demanda espontânea, porém ainda estamos em fase de transição e a maior parte da demanda é atendida da forma tradicional pela distribuição de fichas. Estamos programando apenas o serviço de agendamento de consultas, combinado com o acolhimento. Este prazo é necessário para conscientização da população e para que haja a oportunidade de transmitir os benefícios desta nova forma para a comunidade.

Diariamente nos deparamos com a demanda espontânea e sempre reservamos tempo e espaço para essa demanda, pois devido à alta prevalência de doenças crônicas, sempre nos deparamos com crises hipertensivas e hiperglicêmicas em pacientes com alto risco cardiovascular. Devido à proximidade com a comunidade, muitas vezes a UBS é o primeiro local que o paciente busca atendimento, mesmo que por motivos emergenciais, deste modo, é imprescindível que nossa unidade trabalhe com este perfil de atendimento e a maioria das vezes é possível suprir essa demanda, incluindo os casos que necessitam encaminhamento e referência a outro serviço.

Em nossa rotina de acolhimento procuramos ouvir os pacientes que não conseguem consulta prontamente, ou seja, aqueles usuários que comparecem a unidade com queixas agudas ou crônicas após a distribuição de fichas passam por uma escuta qualificada para resolução do problema em um curto prazo. Inicialmente esse paciente é indagado o motivo da procura, após o relato, o profissional que o recebe capta sua queixa principal e a solicitação, realizando uma triagem inicial e definindo se acontecerá agendamento para o próximo turno de atendimento, atendimento imediato ou encaminhamento para outro local, desta forma há esforço da equipe para que sejam evitadas respostas negativas quando o usuário procura a unidade, caso haja dúvida na triagem o caso é repassado para a enfermagem ou médico para melhor conduta. A população aceita bem a estratégia, pois fortalece o vínculo e sente-se amparada sempre.

Em relação à saúde da criança, infelizmente não são realizadas ações em saúde específicas para esse público-alvo. Não são feitas consultas especializadas em puericultura e a unidade não realiza trabalhos na comunidade de atenção à saúde da criança, com marcante ausência de uso de protocolos e manuais nesse aspecto. Nossa USF trabalha apenas com consultas clínicas com médico clínico geral para as crianças de qualquer faixa etária, sem registro específico para tal público. No entanto, quando necessário, são utilizados encaminhamentos e

referências a profissionais especializados, porém, devido à alta qualificação dos profissionais atuantes em nossa unidade, raramente há necessidade de encaminhamento, sendo a maioria das queixas resolvidas em nosso próprio serviço.

Em nossa UBS não há registro formal do número de crianças com menos de um ano residentes em nossa área de abrangência em acompanhamento, o que impossibilitou o correto preenchimento do caderno de ações programáticas. Não são realizadas consultas especializadas em puericultura, então não há registro de itens específicos como vacinação atualizada, consultas em dia, realização do teste do pezinho, dentre outros. Esses dados foram estimados a partir de prontuários de registro clínico, através de um levantamento dos últimos meses, com o atendimento de pacientes nesta faixa etária, não correspondendo a consultas de puericultura em si, mas sim consultas por diversos outros motivos, em geral, queixas dermatológicas, nutricionais, respiratórias e etc. Dessa forma, presume-se que existam aproximadamente quatrocentas a quinhentas crianças residentes em nossa área de abrangência, com uma cobertura de 15% de atendimento clínico, sem acompanhamento de puericultura.

Como explanado em atividade anterior, nossa grande área de abrangência dificulta que alguns turnos sejam reservados para a atenção à saúde da criança. Porém, já foram iniciadas discussões referentes ao início de ações nestes grupos, nos quais ao intervirmos de forma precoce, criamos um bom vínculo desde cedo e grandes resultados são obtidos ao longo dos anos.

No quesito pré-natal, nossa unidade conta com três enfermeiras capacitadas para realização do pré-natal, tais profissionais coordenam as consultas, solicitação de exames e encaminhamento para atendimento especializado quando necessário, seguindo o caderno de atenção básica número 32 do Ministério da Saúde, 2012. Utilizam o Sispré-natal como forma de registro, porém não há nenhum tipo de monitoramento regular das ações em pré-natal na nossa Unidade. Também não são feitas ações de educação em saúde nesse grupo, o principal motivo é a grande porcentagem de gestantes fora de área que estão em acompanhamento em nosso serviço. Outro fator que influencia nas dificuldades encontradas nas ações de saúde nesse grupo é que não há iniciativa de busca ativa dessas pacientes na nossa área de abrangência, havendo maior impossibilidade de atingirmos números ideais para iniciar ações em saúde nesse âmbito.

Nossa UBS não dispõe de um cadastro formal do número de gestantes da área, porém foi realizado um levantamento a partir do livro de registros da enfermagem e dos prontuários clínicos para estabelecer a quantidade de pacientes realizando acompanhamento de pré-natal e puerpério, infelizmente não foi possível preencher com números precisos o caderno de ações programáticas, pois muitas pacientes perdem o seguimento durante a gestação ou são de outra área e dividem o atendimento entre nossa Unidade e outras. Eu, juntamente com outros profissionais da UBS, consegui preencher com números aproximados, baseado nesse levantamento de consultas dos últimos meses.

A partir desse levantamento foi percebido que o número de gestantes em acompanhamento de pré-natal é baixíssimo (19% - 56 pacientes) quando comparado ao valor estimado (300 mulheres gestantes). Isso pode ser explicado pela dispersão dessas pacientes em outras unidades de saúde, à procura de menores filas de atendimento, ou até mesmo pacientes que procuram diretamente o Centro de Saúde antes da UBS

Contamos com capacitação constante para estas profissionais e um pré-natal de ótima qualidade no qual há uma contínua conexão entre as enfermeiras e os médicos da Unidade para a realização de um pré-natal adequado e de acordo com as exigências do Ministério da Saúde. Infelizmente nos deparamos com uma baixa adesão da população no item pré-natal, poucas gestantes da nossa área demonstram interesse em manter um vínculo com a USF, dificultando um reconhecimento válido da nossa área. Há importante necessidade da busca ativa desse perfil de pacientes da nossa área e posterior organização do serviço para início de objetivos a serem alcançados e ações a serem executadas.

A prevenção do câncer de colo e mama é realizada pelos profissionais médicos da Unidade no momento das consultas clínicas e também pelos profissionais da enfermagem, principalmente nos dias de coleta do exame Papanicolau, nos quais também é realizado exame físico da mama e, quando necessário, é solicitado exame complementar de rastreio. Não são realizadas campanhas de incentivo à prevenção com estímulo para que mulheres nas faixas etárias correspondentes procurem nossa unidade de saúde para rastreio, porém em todos os contatos das pacientes com a unidade, é explicada a necessidade de prevenção para tais patologias e de sua importância. Desta forma, não utilizamos protocolos específicos e não há registro específico, com moderada procura das

pacientes por estes serviços em nossa unidade, sendo grande parte procedente de outras áreas. Em suma, é perceptível que esta atividade é baseada na demanda espontânea com procura voluntária dos pacientes, havendo dificuldade na cobertura devida ausência de sistematização e logística no âmbito da saúde da mulher.

Aproximadamente 3% das mulheres entre 25 e 64 anos são acompanhadas na UBS para prevenção do câncer de colo uterino, o que significa um total de 130 (cento e trinta) mulheres. Este índice pode ser explicado pela maneira informal que nossos dados são registrados, sem a existência de um protocolo. Outro provável fator que vem afetando esse número é a quantidade de pacientes que se queixam de resultados de PCCU não obtidos, desestimulando essa mesma população ao seguimento do rastreio.

Os indivíduos hipertensos e/ou diabéticos da nossa área são encaminhados ao cadastramento no sistema HIPERDIA para registro específico antes de prosseguir o seguimento, porém isso acontece apenas quando algum profissional alerta o paciente da importância do registro, havendo falha no incentivo da equipe à comunidade nesse quesito, essa problemática torna nossos números desatualizados, dificultando o conhecimento da nossa própria população.

Em nosso programa de hipertensos temos 1321 pacientes cadastrados, apenas 38% do valor estimado pelo programa, valor relativamente baixo para uma área de 20.000 habitantes e comparando a média nacional, porém é importante lembrar que grande parte de nossa área é descoberta, caracterizando uma área de abrangência mais "informal", levando muitas vezes o paciente a procurar outras unidades de saúde, principalmente o centro de saúde referência da nossa área, o qual conta com maior número de profissionais e maiores facilidades para seguimento clínico.

No cadastro do HIPERDIA, contamos com apenas 6% do valor estimado pelo caderno de ações programáticas, número que corresponde a 56 pacientes. É perceptível que o número não corresponde à nossa realidade diária, havendo grosseira deficiência em nossos dados. Assim como os pacientes hipertensos do programa, podem-se citar motivos semelhantes para o baixo valor encontrado, quais seja fuga dos pacientes da nossa área para centros de saúde com maior facilidade de acesso, diabéticos com cadastro em outros locais, porém fazendo seguimento conosco, desatualização do banco de dados, falha dos profissionais em encaminhar os indivíduos com diagnóstico para cadastro no programa e desinteresse da

população em manter esse vínculo com a UBS, muitas vezes por falta de informação sobre o programa e seus benefícios.

O banco de dados não é atualizado com frequência e os prontuários com as fichas de registro correspondentes não são arquivadas separadamente, prejudicando a possibilidade de intervir ativamente nesses pacientes. Quando encaminhados ao registro, o profissional responsável pelo seguimento do paciente explica os privilégios e a relevância de manter um acompanhamento longitudinal, fortalecendo o vínculo deste público com a unidade. Sempre disponibilizamos aferição de pressão arterial e glicemia capilar para pacientes hipertensos e diabéticos, assegurando prioridade no agendamento de consultas. Contamos ainda com visitas domiciliares frequentes dos ACS para orientações e busca ativa de demanda.

A saúde do idoso ainda está caminhando em nossa unidade, além dos atendimentos clínicos na Unidade, iniciamos há pouco tempo o grupo de idosos, que acontece uma vez por mês na prefeitura regional do bairro. No grupo são realizadas atividades recreativas e palestras com profissionais diversificados sobre assuntos pertinentes a essa faixa etária.

Não foi instituída em nosso serviço a caderneta do idoso, fato que dificulta o seguimento de protocolos em nossa rotina, desta forma, apenas são realizadas consultas clínicas de acordo com a demanda de cada paciente e referência a serviços especializados quando necessário. Ainda não há registro formal dos idosos acompanhados em nossa Unidade, nem dos idosos participantes do grupo, visto que o mesmo é de início recente e ainda está em desenvolvimento, porém já demonstra boa adesão por parte dos pacientes e participação de vários membros da equipe da unidade, ACS, enfermeira, médico e cirurgião-dentista, auxiliados por profissionais convidados como psicólogo, nutricionista e educador físico. É necessário, assim como nas outras áreas de atenção à saúde, organização do serviço de atenção ao idoso e sistematização das ideias da equipe juntamente com o ideal referido pelo Ministério da Saúde para construção e fortalecimento dessa vertente.

Em nossa UBS há presença de um cirurgião-dentista, presente em 8 turnos. Há atendimento de 12 pacientes por dia e a realização de dois procedimentos por paciente. Sendo a nossa capacidade de 420 procedimentos por mês.

Não há registro formal dos dados de pacientes em acompanhamento por faixa etária ou de demanda espontânea, os dados foram obtidos a partir de



aproximação e estimativa a partir dos prontuários odontológicos e entrevista ao cirurgião-dentista, desta forma, não foi possível o preenchimento adequado do caderno de ações programáticas.

Nossa média de procedimentos por habitante mês foi de 0,3, abaixo do valor preconizado pelo Ministério da Saúde. Tal fato pode ser explicado por contarmos com apenas um cirurgião-dentista para três ESF, grande área de abrangência informal e conseqüente demanda reprimida, gerando longas filas no dia-dia e reduzindo nossa média de procedimentos por habitante mês. Devido essa demanda, há muitos pacientes que não conseguem concluir o tratamento e grande procura para casos de urgência, fatos que reduzem mais ainda nossa de média de procedimentos.

As gestantes compõem o único grupo populacional prioritário que tem uma ação em saúde própria na nossa UBS, foi reservado um dia na semana para que estas pacientes procurem a UBS para informações educativas, tratamento clínico-cirúrgico, dentre outros.

Por muito tempo nossa UBS funcionou como centro de saúde e após longo período de portas fechadas, devido à reforma, reabriu como a estratégia de saúde da família, com duas equipes completas para uma grande área de abrangência numa comunidade carente. Até hoje há certa rejeição por parte da população e dos próprios funcionários em relação ao funcionamento da unidade, culturalmente acreditam que a produtividade das equipes diminui e devido a grande área de abrangência acaba tumultuando o dia-dia dos funcionários. Assim, encontramos muitos desafios referentes à demanda reprimida, com pouca governabilidade para melhorar.

Dentre nossos recursos, procuramos ser uma unidade diferenciada na atenção biopsicossocial, tentando intervir de uma forma global e abranger o maior número de necessidades possíveis do paciente, usando encaminhamentos e referências apenas quando necessário, descentralizando a rede de saúde. Buscamos diariamente fortalecer o vínculo com a comunidade através de boa recepção, um acolhimento atencioso e atendimento de qualidade, deixando os pacientes familiarizados cada vez mais com a unidade do seu bairro.

Trabalhamos em uma unidade que não difere de outras unidades básicas de saúde, enfrentamos problemas semelhantes e estamos entrando em uma nova fase onde os profissionais médicos estão sendo especializados em saúde da família,

enriquecendo o cotidiano da atenção básica de saúde. Nessa fase de transição, pode-se esperar muito, no entanto, é um investimento em longo prazo, no qual pouco a pouco construiremos um novo perfil de atendimento e atenção básica à saúde. Ainda não tivemos mudanças no nosso serviço, algumas dificuldades no meio do caminho impossibilitaram como a mudança de coordenação e a implementação de uma terceira equipe de saúde da família, porém todos da equipe acreditam que novos tempos estão iniciando e em breve poderemos voltar nossas atenções às mudanças reais e duradouras.

### **1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial sobre a situação da ESF/APS e o Relatório Situacional**

Inicialmente via a Unidade na qual atuo com olhos de alguém recém-chegado: uma estrutura ótima quando comparada a maioria do mesmo município, porém insuficiente para a população adstrita, meu entendimento baseava-se em listar apenas os problemas e as deficiências, sem caracterizar o funcionamento da UBS. Com o tempo, ao conhecer a equipe e a Unidade, comecei a perceber cada detalhe do dia-dia, reparando na rotina do atendimento e nas características da população usuária.

Conversei com todos os membros da equipe de maneira informal, para um obter um melhor raciocínio sobre o cotidiano da equipe em interação com a comunidade. Indaguei sobre o funcionamento com médicos que já passaram lá, sobre ações que deram certo e as que não obtiveram sucesso. Exaltando a importância de conhecer a população, questionei sobre a faixa etária que mais procurava atendimento, a relação com a equipe e as intercorrências que costumavam surgir.

Notei que após questionários, conversas e observações, a própria equipe começou a pontuar os aspectos que poderiam facilmente ser melhorados no dia-dia, muitas vezes apontando sugestões simples, como melhora dos registros da população, atualização periódicas dos dados das ações programáticas e melhor distribuição das atribuições dos profissionais responsáveis pelos registros.

Após esse conhecimento integral da UBS, percebi que apesar das falhas das ações programáticas há também uma equipe disposta a colocar em prática as mudanças sugeridas, com necessidade de um simples impulso inicial e organização

dos objetivos a serem alcançados, o que antes parecia engessado, sem meios para estabelecer melhorias, agora parece um caminho totalmente aberto a mudanças.

Conclui que a estratégia de saúde da família estava sendo implementada muito cautelosamente para não assustar os usuários, que ainda estavam firmes na ideia do funcionamento de um centro de saúde, bem como os próprios funcionários estavam um pouco perdidos em como lidar com a rejeição da comunidade e se realmente era ideal realizar essa mudança. Aos poucos se deve ir listando os benefícios da ESF e encaixar as atividades e ações em saúde que causam impacto positivo na população, pois gerando resultados importantes nos indicadores de saúde do bairro veremos menor resistência por parte da equipe e da comunidade.

## **2 ANÁLISE ESTRATÉGICA**

### **2.1 Justificativa**

A saúde da criança sempre figurou dentre as mais importantes linhas de atenção à saúde. A partir da intervenção e acompanhamento dessa população, há a possibilidade de progressiva melhora do índice de mortalidade infantil, com diminuição da prevalência das doenças transmissíveis e controle sobre doenças crônicas, resultando em gerações futuras de adultos e idosos mais saudáveis (BRASIL, 2012). O objetivo mais importante e relevante da saúde da criança é o que envolve os aspectos relacionados à prevenção e promoção da saúde, com atuação direta na manutenção da criança saudável, garantindo, assim, seu pleno desenvolvimento, de modo que atinja a vida adulta sem influências desfavoráveis, ou seja, a linha de cuidado da saúde da criança prioriza a saúde em vez da doença (MELLO *et al.*, 2012). Outro fator destacável é a importância das orientações dadas no período de acompanhamento de uma criança as quais se antecipam ao risco de agravos à saúde, oferecendo medidas preventivas mais eficazes (LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011).

Em nossa unidade há três equipes da USF, cada equipe é responsável por aproximadamente sete mil pessoas e é formada por um médico, um enfermeiro, um técnico e uma média de sete Agentes Comunitários de Saúde. Há apenas um cirurgião-dentista para as três equipes. A nossa UBS conta com recepção, sala de espera, sala de vacina e sala para o programa Bolsa Família, bem como farmácia, sala de medicação e pré-consulta. Há uma sala de espera climatizada, três consultórios médicos, dois consultórios de enfermagem e sala de curativo.

Nossa população adstrita é grande e a maioria tem baixo poder aquisitivo. Não existem dados referentes à característica populacional, porém, a partir do público que procura a UBS, estima-se que a maior parte dos indivíduos da área de

abrangência seja do sexo feminino, com faixa etária mais avançada, sendo a presença de comorbidades, mais frequentes em idades avançadas, um fator de confusão. Para melhor conhecimento da nossa comunidade há necessidade de um levantamento populacional.

Está estimado um total de 600 crianças de 0 a 72 meses em toda a área de abrangência da nossa unidade, sem possibilidade de estabelecer a cobertura realizada pela nossa UBS, visto que não há um registro adequado que permita mensurar o quantitativo de crianças cobertas sobre a totalidade de crianças da área, porém, pelos poucos registros e pela rotina da UBS, acredita-se que há uma cobertura de aproximadamente 15% desta população. A ausência de seguimento e de uma ação programática estruturada, nessa área de saúde da criança, reflete diretamente na adesão da população, a qual responde através da escassa procura dos responsáveis pelo serviço de acompanhamento regular de sua criança, ou seja, não há demanda, pois não há noção da população sobre a importância dessa ação programática, gerando um círculo vicioso que subjetivamente compromete o engajamento público.

Na unidade, algumas poucas ações são promovidas, como imunização, suplementação de vitamina A e ferro, com uma procura moderada para essas ações por parte da comunidade, além de serem estimuladas pela busca ativa desenvolvida pelo ACS, por meio da supervisão das cadernetas das crianças.

Apesar das necessidades de melhoria dessa ação programática na equipe, conforme já descrito, a equipe é envolvida com as propostas que são lançadas, inclusive, se mostrando bem motivada e ávida por bons resultados, ansiosos por mudanças, visto que será o primeiro programa em saúde a ser estabelecido na unidade.

As maiores dificuldades e limitações da unidade de saúde ocorrem por não contarmos com atendimento específico para crianças, não dispormos de estrutura física adaptada. Também não há manguito com circunferência adequada para crianças, logo não há aferição de pressão arterial de crianças menores. No entanto, talvez, a principal dificuldade seja a deficiência de ACS e a presença de algumas ruas descobertas, havendo déficit do número de crianças dessas áreas. Foi pontuada ainda a dificuldade que teremos inicialmente para esclarecer para os pais que o programa tem como principal vertente a prevenção e promoção de saúde.

Devido o desfalque de profissionais odontólogos em nossa rede, optou-se por não incluir a meta de saúde bucal, pois a mesma seria apenas ilustrativa, sem valores expressivos, visto que não há possibilidade de um real planejamento de atendimento exclusivo para essa faixa etária em consequência do número de profissionais e demanda suprimida.

Como forma de viabilizar algumas ações da intervenção estão disponíveis balança e fita antropométrica específicas para essa faixa etária. Outros aspectos importantes que viabilizam o bom funcionamento da ação programática é a boa relação que a unidade tem com sua comunidade, a existência de uma população desassistida, carecida de cuidado e, ainda, a ausência de qualquer programa, havendo uma inovação interessante para esta população. Assim como exposto acima, pretendemos reduzir a mortalidade no nosso público-alvo, utilizando a prevenção e promoção de saúde para alcançar tal objetivo, orientando e acompanhando a criança e seu responsável para que as gerações futuras sejam mais saudáveis.

## **2.2 Objetivos e Metas**

### **2.2.1 Objetivo Geral:**

Melhorar a atenção às crianças entre zero e setenta e dois meses na UBS Gentil Perdomo, Rio Branco/AC.

### **2.2.2. Objetivos Específicos:**

1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança.
2. Melhorar a qualidade do atendimento à criança.
3. Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança.
4. Melhorar o registro das informações.
5. Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência.
6. Promover a saúde das crianças.

### **2.2.3 Metas:**

#### **1. Meta relativa ao objetivo específico 1:**

- 1.1 Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 50% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

**2. Metas relativa ao objetivo específico 2:**

- 2.1 Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.
- 2.2 Monitorar o crescimento em 100% das crianças.
- 2.3 Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.
- 2.4 Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.
- 2.5 Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.
- 2.6 Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.
- 2.7 Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses.
- 2.8 Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.
- 2.9 Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.
- 2.10 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 e 72 meses.
- 2.11 Realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência, cadastradas na unidade de saúde.

**3. Meta relativa ao objetivo específico 3:**

- 3.1 Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

**4. Meta relativa ao objetivo específico 4:**

- 4.1 Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.

**5. Meta relativa ao objetivo específico 5:**

- 5.1 Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

**6. Metas relativas ao objetivo específico 6:**

- 6.1 Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.
- 6.2 Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.
- 6.3 Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.
- 6.4 Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças de acordo com a faixa etária.

## 2.3 Metodologia

### 2.3.1 Ações

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança

**Meta:** Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 50% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

Eixo: Monitoramento e Avaliação

- **Ação:** monitorar o número de crianças cadastradas no programa.
- **Detalhamento:** iremos fazer a análise das fichas-espelhos semanalmente.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço

- **Ações:** cadastrar a população de crianças entre zero e 72 meses da área adstrita; priorizar o atendimento de crianças.
- **Detalhamento:** Para essas ações será realizado o cadastro das crianças detectadas pelos ACS, em visita domiciliar pelo técnico de enfermagem responsável na UBS, além da organização da agenda de atendimento com turnos exclusivos para atendimento dessas crianças.

Eixo: Engajamento Público

- **Ação:** orientar a comunidade sobre o programa de saúde da criança e quais os seus benefícios.
- **Detalhamento:** todos os membros da equipe irão orientar pais e/ou responsáveis presentes durante as visitas domiciliares, consultas médicas ou de enfermagem, encontros e palestras.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica

- **Ações:** capacitar a equipe no acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização, para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde, sobre a saúde da criança e que informações devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre este programa de saúde.
- **Detalhamento:** será fornecida capacitação inicial para todos os funcionários envolvidos no programa por meio de atividade teórico-prática nas duas primeiras semanas do projeto de intervenção e manutenção da capacitação mensalmente.



## **Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.**

**Metas:** Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.

Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses.

Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 a 72 meses.

Realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência, cadastradas na unidade de saúde.

### Eixo: Monitoramento e Avaliação

- **Ações:** monitorar o percentual de crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida e com avaliação da curva de crescimento; monitorar as crianças com déficit e excesso de peso; monitorar o percentual de crianças com avaliação do desenvolvimento neuro-cognitivo; com vacinas atrasadas e vacinação incompleta ao final da puericultura; monitorar o percentual de crianças que receberam suplementação de ferro e que realizaram triagem auditiva; monitorar o percentual de crianças que realizou teste do pezinho antes dos 7 dias de vida; monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico das crianças de 6 a 72 meses de idade, moradoras da área de abrangência e que tenham a primeira consulta odontológica.

- **Detalhamento:** o médico irá revisar as fichas-espelhos arquivadas durante as reuniões semanais.

### Eixo: Organização e Gestão do Serviço

- **Ações:** fazer busca ativa de crianças que não tiverem comparecido no serviço na primeira semana após a data provável do parto; garantir material adequado para

realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica); ter versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário; garantir encaminhamento para crianças com atraso no desenvolvimento para diagnóstico e tratamento; garantir com o gestor a disponibilização das vacinas e materiais necessários para aplicação; garantir atendimento imediato a crianças que precisam ser vacinadas (porta aberta); realizar controle da cadeia de frio; fazer adequado controle de estoque para evitar falta de vacina; realizar controle da data de vencimento do estoque; garantir a prescrição do medicamento (suplemento); solicitar o teste auditivo; garantir junto ao gestor a realização de teste do pezinho; organizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seu familiar na unidade de saúde; cadastrar na unidade de saúde crianças da área de abrangência de 6 a 72 meses de idade; oferecer atendimento prioritário às crianças de 6 a 72 meses de idade na unidade de saúde; organizar agenda de saúde bucal para atendimento das crianças de 6 a 72 meses de idade.

**-Detalhamento:** Iremos disponibilizar visita domiciliar dos ACS para os recém-nascidos (RN) faltosos; haverá checagem semanal do material necessário, bem como impressão de vários exemplares do protocolo de saúde da criança do MS, 2012; encaminharemos a criança ao serviço especializado no momento da constatação do atraso no desenvolvimento neuro-cognitivo; haverá atualização mensal do estoque de vacinas juntamente com a coordenação da UBS, baseada no número de crianças presentes na área adstrita, com atendimento prioritário para crianças na sala de vacina (porta aberta) e capacitação dos técnicos de enfermagem responsáveis pelo setor de vacina para controle adequado do estoque e data de vencimento com monitoramento mensal pela enfermeira; será prescrito para todas as crianças entre 6 e 24 meses a suplementação de ferro na dose adequada de acordo com o Ministério da Saúde; solicitaremos o teste auditivo para todas as crianças na faixa etária recomendada; solicitaremos formalmente, junto ao município, a garantia de realização do teste do pezinho pelo Sistema Único de Saúde para todas as crianças até os 7 dias de vida; realizaremos cadastro das crianças da faixa etária prioritária pelo técnico em enfermagem da Unidade com realização de acolhimento e agendamento de consulta em enfermagem, clínica e/ou odontológica com auxílio da enfermagem e do cirurgião-dentista.

Eixo: Engajamento Público

- **Ações:** informar às mães sobre as facilidades oferecidas na unidade de saúde para a realização da atenção à saúde da criança; compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social; informar aos pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidades; informar aos pais e responsáveis as habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária; orientar pais e responsáveis sobre o calendário vacinal da criança e sobre a importância da suplementação de ferro; orientar pais e responsáveis sobre a importância da realização do teste auditivo; orientar a comunidade, em especial gestantes, sobre a importância de realizar teste do pezinho em todos os recém-nascidos até 7 dias de vida; informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de crianças de 6 a 72 meses de idade e sobre atendimento odontológico prioritário de crianças de 6 a 72 meses de idade e de sua importância para a saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na unidade de saúde.
- **Detalhamento:** serão fornecidas orientações aos pais e/ou responsáveis presentes durante as consultas médicas ou de enfermagem, encontros e palestras.

#### Eixo: Qualificação da Prática Clínica

- **Ações:** capacitar a equipe no acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização, para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde, sobre a saúde da criança e que informações devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre este programa de saúde.
- **Detalhamento:** será realizada capacitação inicial com todos os funcionários envolvidos no programa por meio de atividade teórico-prática nas duas primeiras semanas e manutenção da capacitação mensalmente com leitura dinâmica e apresentação de capítulos do protocolo de saúde da criança do MS juntamente com a equipe para debate.

### **Objetivo 3: Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança.**

**Meta:** fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

#### Eixo: Monitoramento e Avaliação

- **Ação:** monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia), o número médio de consultas realizadas pelas crianças e as buscas a crianças faltosas.

- **Detalhamento:** o médico irá revisar as fichas-espelhos arquivadas durante as reuniões semanais.

#### Eixo: Organização e Gestão do Serviço

- **Ação:** organizar as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas e a agenda para acolher as crianças provenientes das buscas.
- **Detalhamento:** serão realizadas visitas domiciliares dos ACS para as crianças faltosas com agendamento específico para retorno breve.

#### Eixo: Engajamento Público

- **Ação:** informar à comunidade e às mães sobre a importância do acompanhamento regular da criança.
- **Detalhamento:** serão fornecidas orientações aos pais e/ou responsáveis presentes durante as consultas médicas ou de enfermagem, encontros e palestras.

#### Eixo: Qualificação da Prática Clínica

- **Ação:** fazer treinamento de ACS na identificação das crianças em atraso, através da caderneta da criança.
- **Detalhamento:** será realizada uma capacitação inicial para todos os funcionários envolvidos no programa por meio de atividade teórico-prática nas duas primeiras semanas e manutenção da capacitação mensalmente.

### **Objetivo 4: melhorar o registro das informações.**

**Meta:** manter registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.

#### Eixo: Monitoramento e Avaliação

- **Ação:** monitorar os registros de todos os acompanhamentos da criança na unidade de saúde.
- **Detalhamento:** o médico irá revisar as fichas-espelhos arquivadas durante as reuniões semanais.

#### Eixo: Organização e Gestão do Serviço

- **Ações:** preencher folha de acompanhamento; implantar ficha espelho (da caderneta da criança); pactuar com a equipe o registro das informações; definir responsável pelo monitoramento registros.

- **Detalhamento:** Será realizado preenchimento adequado das folhas de acompanhamento e fichas-espelhos, com análise semanal dos registros pelo enfermeiro responsável com constante esclarecimento para a equipe sobre a importância do registro adequado e atualizado.

#### Eixo: Engajamento Público

- **Ação:** orientar a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via, em particular de vacinas.
- **Detalhamento:** serão fornecidas orientações aos pais e/ou responsáveis presentes durante as consultas médicas ou de enfermagem, encontros e palestras.

#### Eixo: Qualificação da Prática Clínica

- **Ação:** treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da criança na unidade de saúde.
- **Detalhamento:** será realizada uma capacitação inicial com todos os funcionários envolvidos no programa por meio de atividade teórico-prática nas duas primeiras semanas e manutenção da capacitação mensalmente.

### **Objetivo 5: mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência.**

**Meta:** realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

#### Eixo: Monitoramento e Avaliação

- **Ação:** monitorar o número de crianças de alto risco existentes na comunidade e as que estão com acompanhamento de puericultura em atraso.
- **Detalhamento:** será feita a análise das fichas-espelhos semanalmente.

#### Eixo: Organização e Gestão do Serviço

- **Ações:** dar prioridade no atendimento das crianças de alto risco e identificar na ficha-espelho as crianças de alto risco.
- **Detalhamento:** será fornecido atendimento em livre demanda para crianças identificadas como alto risco e haverá monitoramento constante da ficha-espelho para detecção das crianças de alto risco para melhor acompanhamento.

#### Eixo: Engajamento Público

- **Ações:** fornecer orientações à comunidade sobre os fatores de risco para morbidades na infância.
- **Detalhamento:** serão fornecidas orientações aos pais e/ou responsáveis presentes durante as consultas médicas ou de enfermagem, encontros e palestras.

#### Eixo: Qualificação da Prática Clínica

- **Ação:** capacitar os profissionais na identificação dos fatores de risco para morbi/mortalidade.
- **Detalhamento:** haverá capacitação inicial com todos os funcionários envolvidos no programa por meio de atividade teórico-prática nas duas primeiras semanas do projeto e manutenção da capacitação mensalmente.

#### **Objetivo 6: promover a saúde das crianças.**

**Metas:** Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças de acordo com a faixa etária

#### Eixo: Monitoramento e Avaliação

- **Ações:** monitorar o registro das orientações sobre prevenção de acidentes em prontuário ou ficha espelho e das atividades de educação em saúde sobre o assunto; monitorar o percentual de crianças que foi observado mamando na 1ª consulta; monitorar a duração do aleitamento materno entre as crianças menores de 2 anos; monitorar o registro das orientações em prontuário ou ficha espelho; monitorar as atividades educativas coletivas.
- **Detalhamento:** o médico irá revisar as fichas-espelhos arquivadas durante as reuniões semanais.

#### Eixo: Organização e Gestão do Serviço

- **Ações:** definir o papel de todos os membros da equipe na prevenção dos acidentes na infância, na promoção do aleitamento materno e na orientação nutricional; organizar agenda de atendimento de forma a possibilitar atividades

educativas em grupo na escola; identificar e organizar os conteúdos a serem trabalhados nas atividades educativas, assim como todo material necessário para essas atividades e listas de presença para monitoramento dos escolares que participarem destas atividades.

- **Detalhamento:** Haverá reunião inicial para orientar à equipe sobre as orientações (prevenção de acidentes, aleitamento materno e nutrição infantil) que serão repassadas aos familiares e responsáveis pelas crianças e definir o papel de cada membro nesse aspecto; serão planejadas atividades educativas mensais nas escolas com população na faixa etária estudada juntamente com toda a equipe com estabelecimento prévio do conteúdo mais relevante para a população em estudo.

#### Eixo: Engajamento Público

- **Ações:** orientar a comunidade sobre formas de prevenção de acidentes na infância; orientar a mãe e a sua rede de apoio sobre a importância do aleitamento materno para a saúde geral e também bucal e sobre a alimentação adequada para crianças; divulgar as potencialidades das ações trans e interdisciplinares no cuidado à saúde do escolar; promover a participação de membros da comunidade e da escola na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para as crianças; esclarecer a comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos.

- **Detalhamento:** serão fornecidas orientações aos pais e/ou responsáveis presentes durante as consultas médicas ou de enfermagem, encontros e palestras.

#### Eixo: Qualificação da Prática Clínica

- **Ações:** informar os profissionais sobre os principais acidentes que ocorrem na infância por faixa etária e suas formas de prevenção; capacitar a equipe no aconselhamento do aleitamento materno exclusivo e na observação da mamada para correção de "pega"; fazer a capacitação dos profissionais para orientação nutricional adequada conforme a idade da criança; capacitar a equipe para realização das ações de promoção em saúde de crianças de 0 a 72 meses de idade; capacitar os responsáveis pelo cuidado da criança na escola.

- **Detalhamento:** Haverá capacitação nas duas semanas iniciais do projeto para todos os funcionários envolvidos no programa por meio de atividade teórico-prática e manutenção da capacitação mensalmente com leitura dinâmica e apresentação de

capítulos do protocolo de saúde da criança do MS juntamente com a equipe para debate.

### **2.3.2 Indicadores**

**Relativos ao objetivo 1:** Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança

**Meta 1.1:** Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 50% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

**Indicador 1.1:** Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.

Numerador: Número de crianças entre 0 e 72 meses inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde.

Denominador: Número de crianças entre 0 e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Relativos ao objetivo 2:** Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

**Meta 2.1:** Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.

**Indicador 2.1:** Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.

Numerador: Número de crianças inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde com a primeira consulta na primeira semana de vida.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 2.2:** Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

**Indicador 2.2:** Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

Numerador: Número de crianças que tiveram os crescimentos (peso e comprimento/altura) avaliados.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 2.3:** Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

**Indicador 2.3:** Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas.



Numerador: Número de crianças com déficit de peso monitoradas pela equipe de saúde.

Denominador: Número de crianças com déficit de peso.

**Meta 2.4:** Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

**Indicador 2.4:** Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas.

Numerador: Número de crianças com excesso de peso monitoradas pela equipe de saúde.

Denominador: Número de crianças com excesso de peso.

**Meta 2.5:** Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

**Indicador 2.5:** Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

Numerador: Número de crianças que tiveram avaliação do desenvolvimento.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 2.6:** Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

**Indicador 2.6:** Proporção de crianças com vacinação em dia de acordo com a idade.

Numerador: número de crianças com vacinas em dia de acordo com a idade.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 2.7:** Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses.

**Indicador 2.7:** Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro.

Numerador: Número de crianças de 6 a 24 meses que receberam ou que estão recebendo suplementação de ferro.

Denominador: Número de crianças entre 6 e 24 meses de idade inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 2.8:** Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

**Indicador 2.8:** Proporção de crianças com triagem auditiva.

Numerador: Número de crianças que realizaram triagem auditiva.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 2.9:** Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

**Indicador 2.9:** Proporção de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida.

Numerador: Número de crianças que realizaram o teste do pezinho até 7 dias de vida.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 2.10:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 e 72 meses.

**Indicador 2.10:** Proporção de crianças de 6 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de crianças de 6 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de crianças de 6 a 72 meses inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 2.11:** Realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência, cadastradas na unidade de saúde.

**Indicador 2.11:** Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica.

Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática realizada.

Denominador: Número total de crianças de 6 a 72 meses inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Relativos ao objetivo 3:** Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança.

**Meta 3.1:** Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

**Indicador 3.1:** Proporção de buscas realizadas às crianças faltosas ao programa de saúde da criança.

Numerador: Número de crianças faltosas ao programa buscadas.

Denominador: Número de crianças faltosas ao programa.

**Relativos ao objetivo 4:** Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança.

**Meta 4.1:** Melhorar o registro das informações.

**Indicador 4.1:** Proporção de crianças com registro atualizado.

Numerador: Número de fichas-espelho com registro atualizado.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Relativos ao objetivo 5:** Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência.

**Meta 5.1:** Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa

**Indicador 5.1:** Proporção de crianças com avaliação de risco.

Numerador: Número de crianças cadastradas no programa com avaliação de risco.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Relativos ao objetivo 6:** Promover a saúde das crianças.

**Meta 6.1:** Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

**Indicador 6.1:** Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância.

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação sobre prevenção de acidentes na infância durante as consultas de puericultura.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 6.2:** Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

**Indicador 6.2:** Proporção de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.

Numerador: Número de crianças que foram colocadas para mamar durante a primeira consulta de puericultura.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 6.3:** Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

**Indicador 6.3:** Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação nutricional de acordo com a faixa etária.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 6.4:** Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças de acordo com a faixa etária.

**Indicador 6.4:** Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária.

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

### 2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção na área de saúde da criança será utilizado o Protocolo de Saúde da Criança – crescimento e desenvolvimento, do Ministério da Saúde, 2012 (BRASIL, 2012). Utilizaremos a ficha-espelho disponibilizada pelo curso de especialização em saúde da família da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), criada em obediência ao que está previsto no protocolo do Ministério da Saúde. Em nossa Unidade não há utilização de qualquer ficha de saúde da criança, desta forma, será necessária a implementação dessa nova ficha, contemplando todos os aspectos da intervenção. Estimamos alcançar com a intervenção 180 crianças. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados que será alimentada diariamente por mim, ao final do expediente, consolidando as informações dos atendimentos realizados, por mim, médica da unidade e pela enfermeira.

Para organizar o registro específico do programa, serão registradas as crianças cadastradas pelos agentes comunitários de saúde em um livro de registros

específico identificando todos os participantes da intervenção, facilitando o contato e a organização do projeto.

Para viabilizar as ações de monitoramento e avaliação, as fichas espelho, a planilha de coleta de dados serão os instrumentos que serão avaliados semanalmente por mim, sempre no final de cada semana de intervenção. Para que haja o adequado monitoramento da intervenção, as fichas espelho serão arquivadas separadamente dos demais arquivos, prontuários. Ressalto que, os profissionais responsáveis pelo cadastro e registro no livro específico da criança no programa serão os ACS.

Haverá necessidade de checagem contínua dos materiais necessários para realização das medidas antropométricas, bem como impressão de vários protocolos da saúde da criança para que o mesmo esteja presente em todos os locais da unidade, facilitando a consulta. Será garantida uma agenda específica para essas crianças, na qual serão agendadas as consultas com profissional de enfermagem e médico. Para organização das atividades educativas em escolas utilizaremos um calendário organizacional para definir datas importantes e estratégicas para esta ação. Essas ações serão lideradas e realizadas pela enfermeira que auxiliará diretamente o projeto de intervenção.

As ações de engajamento público requerem dispositivos visuais além de manifestações orais por parte da nossa equipe. Serão afixados nos locais, onde crianças e responsáveis permanecem, cartazes ilustrativos e informativos, com linguagem fácil e acessível para que as orientações necessárias (alimentação, acidentes na infância, saúde bucal, suplementação de ferro e outros) sejam mais bem entendidas e divulgadas das mais variadas formas. A fixação dos cartazes na unidade poderá ser de responsabilidade de qualquer um da equipe, mas a fixação desses cartazes na comunidade ficará a cargo dos ACS, pois estão em constante circulação na área. Também serão utilizados folhetos informativos disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde para entregar aos pais e responsáveis, além de orientações orais repassadas por nossa equipe para esse público durante o dia a dia da nossa unidade.

Para treinamento e padronização da nossa equipe, com o que é preconizado pelo protocolo que será utilizado, será utilizado projetor de slides para apresentação dos instrumentos e manuais, bem como discussão teórica dos assuntos pertinentes, sendo realizada uma vez por semana para manutenção e atualização do

aprendizado. Para as atividades práticas serão estudadas as fichas-espelhos e seu conteúdo (gráficos, carteira de vacinas e outros), com simulação de diferentes casos que podem surgir e as condutas preconizadas pelo Ministério da Saúde para cada situação, enfatizando a conexão entre os membros da equipe no dia-dia para retirar dúvidas e melhor conduzir o paciente. Essas ações de capacitação serão conduzidas por mim, profissional médico.

A intervenção se iniciará com o cadastro das crianças de zero a 72 meses acompanhadas por seus responsáveis que comparecerem ao serviço com interesse de participar do projeto. Para conhecimento do projeto, os ACS orientarão os responsáveis durante as visitas domiciliares para que procurem a unidade para cadastro no programa, além disso, as orientações e convites também serão realizados no âmbito da unidade. A partir disso, as crianças serão cadastradas e em sequência será iniciado um circuito de atendimento dentro da unidade. Inicialmente ocorrerá a realização das medidas antropométricas e preenchimentos desses dados na caderneta da criança e na ficha espelho pelo ACS da unidade, após esse momento inicial, as crianças serão consultadas pela enfermeira, que continuará o atendimento repassando as orientações necessárias de acordo com cada faixa etária, avaliará as curvas de crescimento e a carteira de vacinação. A mesma ainda fará uma triagem inicial de crianças de alto risco.

Em seguida, essas crianças serão consultadas pelo médico, dando continuidade para o processo de orientações e ações preventivas, detecção de crianças de alto risco, diagnóstico de distúrbio de crescimento e desenvolvimento com encaminhamento para especialista, suplementação de ferro, avaliação de necessidade para consulta odontológica, solicitação de exames complementares e acompanhamento para crianças com déficit pondero-estatural.

As crianças manterão o vínculo com a unidade através das visitas domiciliares do ACS, para agendamento de consultas necessárias e busca ativa dos faltosos. As medidas antropométricas e checagem da carteira de imunizações serão realizadas toda vez que a criança apresentar-se na UBS, com frequência pré-estabelecida em consultas prévias. A monitorização dos prontuários e fichas-espelhos será realizada semanalmente pela enfermeira e médico, de forma conjunta.



### **3 RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO**

A intervenção realizada por minha equipe e eu na UBS Gentil Perdomo ocorreu por 12 semanas e iniciou-se em vinte e oito de agosto, contemplando a implementação do programa saúde da criança e abordando os principais aspectos de uma consulta de puericultura, baseados nos objetivos e metas traçados previamente no projeto de intervenção.

#### **3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.**

Nessas 12 semanas realizamos reuniões semanais para manter a atualização dos registros e constante vigilância sobre os dados para que as necessidades da comunidade não fossem esquecidas, como retorno breve para pacientes com baixo peso, necessidade de reavaliação após exames complementares, dentre outros. Em nossos encontros também houve capacitações sobre temas frequentes em nossa comunidade, sendo a literatura de escolha sempre o Caderno de Atenção Básica número 33, Saúde da Criança, e discussões acerca de situações ocorridas em nossa rotina, desde dúvidas clínicas até relatos de casos para compartilhar conhecimento para melhorar a interação da equipe e a cobertura do programa.

Durante o período de intervenção todos os membros da unidade expuseram suas opiniões sobre o andamento do programa e opinaram para aperfeiçoamento do nosso dia-dia.

O monitoramento das crianças cadastradas no programa deu-se nessas reuniões, através de pesquisa às fichas-espelho e prontuários, inicialmente houve integração da equipe da enfermagem juntamente comigo, porém, posteriormente, esse monitoramento foi realizado apenas por mim, trazendo um pouco de



dificuldades devido o grande volume de crianças, no entanto, o monitoramento permaneceu sendo realizado sem prejuízos. Essa pesquisa de prontuários e fichas-espelho semanal também contemplou o controle frequente sobre crianças com alterações da curva de crescimento, com déficit ou excesso de peso, com atraso do desenvolvimento neuro-cognitivo, com vacinas atrasadas, dentre outras informações presentes na planilha.

O cadastramento de crianças ocorreu única e exclusivamente na UBS pelas ACS responsáveis pela área de abrangência, a equipe optou por esse método, pois se acreditou que dessa forma garantiríamos mais facilmente o comparecimento da criança à UBS para consulta clínica e atualização do calendário vacinal, reduzindo um provável número de faltosos que existiria caso o cadastro fosse realizado em domicílio para posterior consulta clínica. Essa metodologia escolhida funcionou com êxito, com um número inexpressível de faltosos, contribuindo para uma ótima cobertura e alcance da meta proposta. Os responsáveis foram convidados a partir de visitas domiciliares e no ambiente da UBS para participar do programa e os interessados eram prontamente agendados com dia e horário marcados para cadastro seguido por consulta clínica, ou seja, no mesmo momento que o paciente era cadastrado, ele já realizava a primeira consulta. Julgou-se como melhor forma de captar a população-alvo do programa, dando mais credibilidade à intervenção, visto que todas as crianças cadastradas foram examinadas pelo menos uma vez por, no mínimo, dois profissionais de saúde, o ACS e o médico.

Essas visitas domiciliares para convite ao programa de intervenção também funcionaram como forma de orientar a comunidade sobre o programa de saúde da criança e quais os seus benefícios. Durante o dia-dia da unidade, todos os usuários foram também orientados sobre a existência da novidade na UBS e convidado a ajudar-nos a expandir as informações sobre o programa.

As crianças com alterações de desenvolvimento foram encaminhadas ao especialista com garantia de acompanhamento e tratamento. Todas as crianças tiveram livre acesso à sala de vacina para constante calendário vacinal, sendo realizada constante vigilância para que houvesse adequado controle do estoque de vacinas. Garantimos também a prescrição do sulfato ferroso para todas as crianças cadastradas na faixa etária correspondente. Importante salientar que durante o período de permanência da família na Unidade e durante as visitas domiciliares, foram transferidas informações às mães sobre as facilidades oferecidas na unidade

de saúde para a realização da atenção à saúde da criança e sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidades. Orientamos consistentemente pais e responsáveis sobre as habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária, bem como sobre o calendário vacinal da criança e a importância da suplementação de ferro.

A maioria dos pais demonstrou imensa receptividade e participação durante as consultas, entretanto, mesmo com as orientações sobre o objetivo do programa, alguns responsáveis tinham interesse apenas em consulta clínica baseada em queixas de patologias, sem entusiasmo pelas demais orientações. De qualquer forma, todas as informações necessárias eram sempre fornecidas exaltando a importâncias das mesmas.

Durante o programa também foi realizada a capacitação constante dos ACS para adequado preenchimento da ficha-espelho, realização do cadastro e preenchimento da caderneta da criança. Semanalmente debatíamos sobre rastreio de baixo peso, baixa estatura e outras alterações que podiam surgir. Essa frequência semanal de capacitação foi necessária, pois a cada semana um profissional ACS diferente captava crianças para o cadastro. Ao final, todos os ACS passaram por, no mínimo, duas capacitações.

Nossa intervenção contemplou ainda a temática “acidentes na infância”, com mesa-redonda composta pelos membros da equipe e a gestão, conversamos sobre a epidemiologia local e formas de prevenção, houve também atenção especial ao tópico violência infantil, no qual discutimos alguns casos surgidos em nosso dia-dia e como suspeitar desses casos. Constantemente orientamos os pais/responsáveis sobre a prevenção de acordo com a faixa etária e a epidemiologia.

Felizmente, em nossa área, apenas três crianças da mesma família foram designadas como alto risco. Ao detectar esse risco, os profissionais da UBS tiveram conhecimento do caso para que sempre que essa família procurasse a UBS, pudéssemos priorizar o cuidado com atenção especial. Fizemos uma visita domiciliar para conhecer melhor o modo de vida dessa família, para traçar metas mais consistentes e válidas. Utilizamos esse caso como exemplo para capacitar a equipe no quesito alto risco e atenção ao eixo biopsicossocial desses pacientes, com tratamento diferenciado, como preconiza a diretriz do SUS, equidade.

Tivemos algumas dificuldades em relação ao teste do pezinho e ao teste da orelhinha. O teste do pezinho sempre foi garantido pelo estado do Acre, as

puérperas recebem orientações nas maternidades locais para realizar o teste até o sétimo dia de vida no Centro de Saúde mais próximo, no entanto, ainda há inúmeras mães que não respeitam o período correto. Enfrentamos ainda outro impasse, as mães perdiam o teste do pezinho e não havia registro do mesmo na caderneta da criança, o que dificultou nossa coleta de dados e reduziu nosso indicador de crianças com teste realizado até 07 dias. O teste da orelhinha começou a ser implantado em meados desse ano, sendo realizado também fora da maternidade. A maioria dos lactentes nascidos a partir de junho de 2014 já tinha o teste da orelhinha, previamente a isso, apenas as crianças levadas pelos pais ao serviço particular tinham o determinado teste. Realizamos encontros com a gestão e os mesmos referiram capacitações garantidas ainda esse ano para reforçar a importância de tais testes, incluindo a mudança do teste do pezinho de sétimo para o quinto dia para o rastreamento adequado da fibrose cística.

Houve tentativa de captar ativamente os recém-nascidos até o sétimo dia de nascimento para ingresso no programa, porém obtivemos poucos casos, visto que a maioria das nossas gestantes realizando pré-natal na UBS é fora da área de abrangência e o restante não teve data provável nos meses correspondentes ao período do estudo. Iniciamos então um processo mais rigoroso de cadastro das gestantes e checagem semanal dos prontuários para observação da data provável do parto e busca ativa das pacientes faltosas às consultas de pré-natal. Dessa forma conseguimos buscar dois recém-nascidos e aumentar o número de consultas puerperais no serviço de pré-natal, ou seja, observou-se que melhorando a qualidade do pré-natal, melhoramos a adesão de recém-nascidos e há maior chance de orientar mais uma vez as mães sobre a importância do teste do pezinho e da orelhinha no período especificado.

Outra ação que acarretou um pouco mais de dificuldade foi manter o número de consultas ideais de acordo com a faixa etária. A maioria das crianças cadastradas teve agendamento de retorno para depois das 12 semanas de intervenção, porém uma minoria obteve retorno agendado para o mês subsequente à consulta, quase sempre por déficit ou excesso no peso, desses pacientes, poucos retornaram na data efetiva, havendo necessidade da realização da busca ativa desses casos, concluída sempre com sucesso.

### **3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, descrevendo o motivo pelos quais estas ações não puderam ser realizadas.**

Naturalmente nos deparamos com alguns percalços, porém tentou-se adequar o que estava disponível à nossa realidade, para que não houvesse muitos prejuízos. Assim, não tivemos ações pactuadas que não fossem desenvolvidas durante a intervenção, ainda que de forma precária.

### **3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.**

No que se refere a coleta de dados, a grande dificuldade encontrada foi a falta de preenchimento da caderneta da criança, principal instrumento utilizado para suplementar adequadamente a ficha espelho. Tivemos duas crianças sem a caderneta por motivo de extravio e outras dezenas que não tinham dados sobre teste do pezinho, dados referentes ao nascimento - peso, perímetro cefálico, apgar, tipo sanguíneo - e o teste da orelhinha. Muitos destes pais referiam também não terem guardado o resultado do teste do pezinho, o que dificultou essa coleta de dados. Estes casos de ausência de dados na caderneta sobre o teste e extravio do mesmo foram considerados como se a criança não tivesse realizado-o até o sétimo dia de vida.

Todas as fichas-espelho foram arquivadas em local próprio, por ordem alfabética, para facilitar posteriormente quando a criança retornar.

A sistematização destes dados, o fechamento das planilhas de coletas e o cálculo dos indicadores foram facilitados pelas planilhas do Microsoft Office Excel®, não sendo encontradas quaisquer dificuldades.

### **3.4 Análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina, mesmo com a finalização do curso.**

Em suma, nosso programa caminhou uma trilha árdua de implantação de um serviço novo em uma Unidade que ainda está se adaptando aos moldes de saúde

da família. Encontramos dificuldades devido a grande área de abrangência, mesmo assim encarei o desafio de abranger a minha área e as demais, que apesar de ser abrangência da Unidade, pertencem a outros profissionais médicos. Acredito que tivemos um balanço positivo, conseguimos conhecer melhor nossa área e trazer um serviço diferenciado para a população, melhorando a qualidade do cuidado e dos indicadores.

Essa intervenção poderia ter sido facilitada caso tivéssemos um maior quadro de funcionários ativos e mais uma equipe de saúde da família trabalhando conjuntamente, a equipe de odontologia deveria ser ampliada para nos auxiliar diretamente a não desamparar qualquer caso de tratamento odontológico necessário. Creio que houve pouca difusão de informes sobre o programa para a comunidade para melhores esclarecimentos, bem como articulação com instituições (escolas, igrejas, creches) que ficam em áreas sem ACS para melhor abrangência e captação de crianças na faixa etária correspondente. Faltou a presença e o auxílio da enfermeira, a qual infelizmente não pôde acompanhar o programa, mas que teria feito muita diferença em toda a intervenção. Em resumo, houve necessidade de maior contato com a gestão para resolução de tais problemas, quadro de funcionários desfalcado, verba para difundir nosso programa e condições para abranger toda a área de maneira qualificada.

Continuamos trabalhando em nosso serviço de puericultura com sucesso, melhorando a busca ativa de recém-nascidos e de pacientes faltosos às consultas de retorno. Estamos ainda nos mobilizando para melhorar aperfeiçoar a realização do teste do pezinho e da orelhinha, as maiores dificuldades encontradas em nossa intervenção. A adesão pela equipe foi ótima, melhor que o esperado, alguns percalços com alguns profissionais pontuais, que foram resolvidos com diálogo e muito trabalho teórico-prático para demonstrar a todos, comunidade e equipe, a verdadeira importância do programa.

## **4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO**

### **4.1 Resultados**

A intervenção em saúde da criança teve o objetivo principal de melhorar a atenção à saúde da criança entre zero e setenta e dois meses na UBS Gentil Perdomo. Na área adstrita existem, aproximadamente, 500 crianças nessa faixa etária, porém nossa equipe centralizou o estudo nas áreas com ACS ativo, o qual se estimou um total de 400 crianças.

#### **Relativos ao objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança**

**Meta 1.1:** Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 50% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

**Indicador 1.1:** Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.

Nossa cobertura atingiu 50% dessas crianças supracitadas, ou seja, 200 pacientes na faixa etária do estudo o que está de acordo com a meta estabelecida no projeto. No primeiro mês concluímos a intervenção com 21,8% de cobertura (n=87), no mês subsequente saltamos para 34% (n=136) e, finalmente, nas últimas 04 semanas de análises, alcançamos 50% da cobertura, após exclusão de algumas fichas-espelho sem preenchimento adequado devido ausência da caderneta da criança durante as consultas (Figura 1). Nota-se que o primeiro mês de intervenção foi o de maior abrangência, contemplando 87 crianças com cadastro realizado e primeira consulta clínica dentro do programa concluída. No segundo mês tivemos algumas ações que diminuíram os cadastramentos, como capacitações que contemplaram casos singulares surgidos em nosso dia-dia e a ação na escola. No terceiro mês de intervenção retornamos o aumento de atendimentos, principalmente após reunião com a gestão, a qual nos comunicou um aumento da mortalidade

infantil, dado que estimulou ainda mais o trabalho da equipe para uma incansável busca ativa das crianças, com consequente aumento da cobertura.

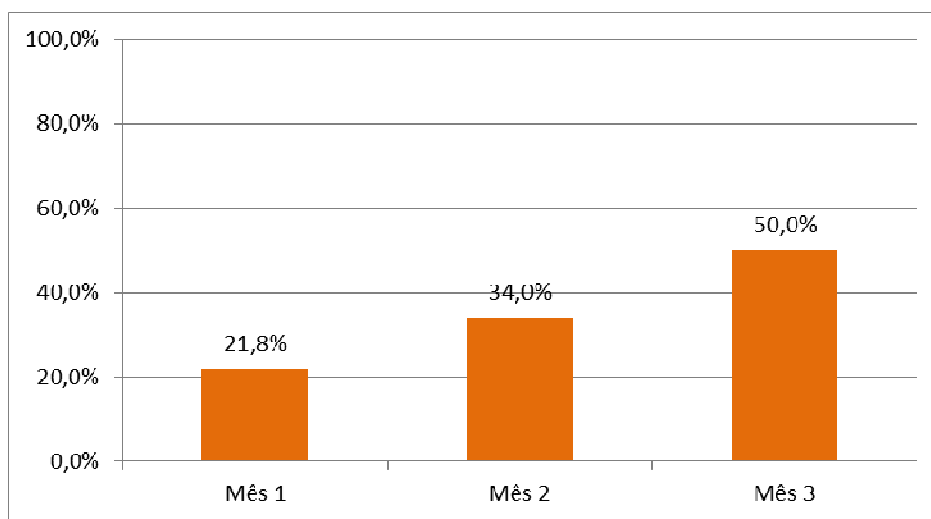


Figura 1: Gráfico indicativo da proporção de crianças entre zero e setenta e dois meses inscritas no programa saúde da criança da UBS Gentil Perdomo.

**Relativos ao objetivo 2:** Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

**Meta 2.1:** Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.

**Indicador 2.1:** Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.

Nosso programa contemplou ainda a primeira consulta na primeira semana de vida, traçamos inúmeros meios para tentar alcançar a meta estabelecida de 100%, porém não foi possível. No primeiro e no segundo mês de intervenção nenhuma criança foi cadastrada e atendida na primeira semana de vida, apenas no terceiro mês duas crianças foram inscritas, totalizando 1% de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida (Figura 2).

O cálculo deste indicador traz no numerador o número de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida e no denominador o número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde. Ou seja, todas as crianças que ao ingressarem no programa tinha oito dias ou mais de vida, não havia possibilidade da primeira consulta na primeira semana de vida, subestimando mais ainda o valor encontrado. As oportunidades reais são crianças recém-nascidas no início do programa e durante as 12 semanas de intervenção, caso esse valor fosse o denominador do indicador, poderíamos ter alcançado um valor expressivo da meta.

No terceiro mês de intervenção conseguimos incluir duas crianças através da aliança entre o programa saúde da criança e o pré-natal realizado na UBS. Os dados repassados pela enfermeira a mim sobre o pré-natal relatavam que a maioria das gestantes utilizando esse serviço pertencia à área sem ACS ou fora da área de cobertura, desta forma concluímos que o ACS não tinha conhecimento desses casos pelos motivos citados. Iniciamos então uma captação das gestantes durante o pré-natal de acordo com a data provável do parto, quando esta data aproxima-se, entramos em contato com a gestante e agendamos a consulta puerperal juntamente com a primeira consulta do RN com cadastro no programa. Com essa nova forma de captar as crianças na primeira semana de vida, saltou de zero para dois o número de crianças inscritas. Demoramos a diagnosticar o motivo pelo qual essas crianças não eram encontradas, mas após esse estudo vinculado dentro da unidade, percebeu-se uma facilidade de buscar essas crianças com potencial para aumentarmos esse indicador posteriormente.

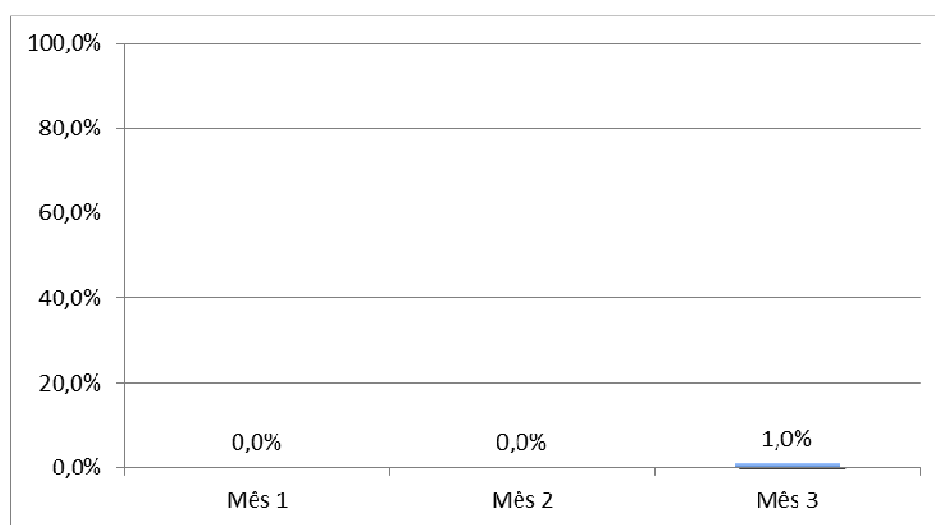


Figura 2: Gráfico indicativo da proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.

**Meta 2.2:** Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

**Indicador 2.2:** Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

**Meta 2.3:** Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

**Indicador 2.3:** Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas.

**Meta 2.4:** Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

**Indicador 2.4:** Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas.

**Meta 2.5:** Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

**Indicador 2.5:** Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.



Todas as crianças inscritas no programa tiveram o crescimento (Figura 3), peso (déficit e excesso) (Figuras 4 e 5) e desenvolvimento (Figura 6) adequadamente avaliados e com a mesma frequência preconizada pelo Ministério da Saúde de acordo com os achados clínicos, quais sejam baixa estatura, déficit ou excesso de peso. A proporção desses indicadores seguiu a cobertura, no primeiro mês de intervenção 100% das crianças inscritas tiveram peso, crescimento e desenvolvimento devidamente monitorados, bem como no segundo e terceiro mês.

Todas as crianças, oitenta e sete no primeiro mês, cento e trinta e seis no segundo e duzentas no terceiro mês tiveram crescimento e desenvolvimento acompanhados.

No primeiro mês cinco crianças foram diagnosticadas com déficit de peso, seguidas com dez crianças no segundo mês e dezesseis no terceiro mês. Das crianças detectadas com excesso de peso, quinze foram consultadas pela primeira vez no primeiro mês, dezessete no segundo e dezenove no último mês de estudo.

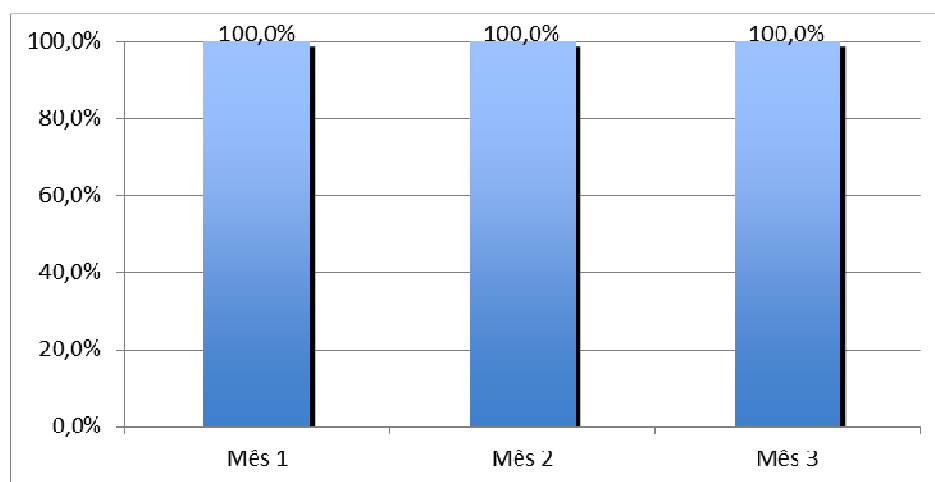


Figura 3: Gráfico indicativo da proporção de crianças com monitoramento do crescimento.

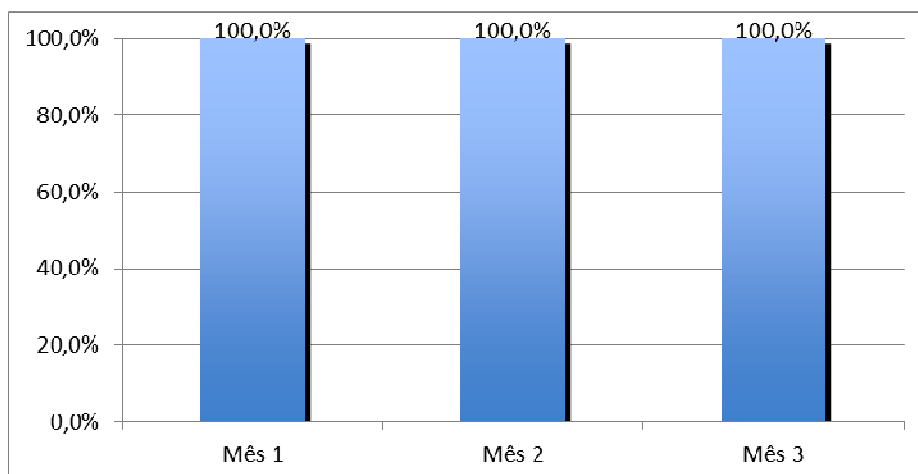


Figura 4: Gráfico indicativo da proporção de crianças com déficit de peso monitoradas.

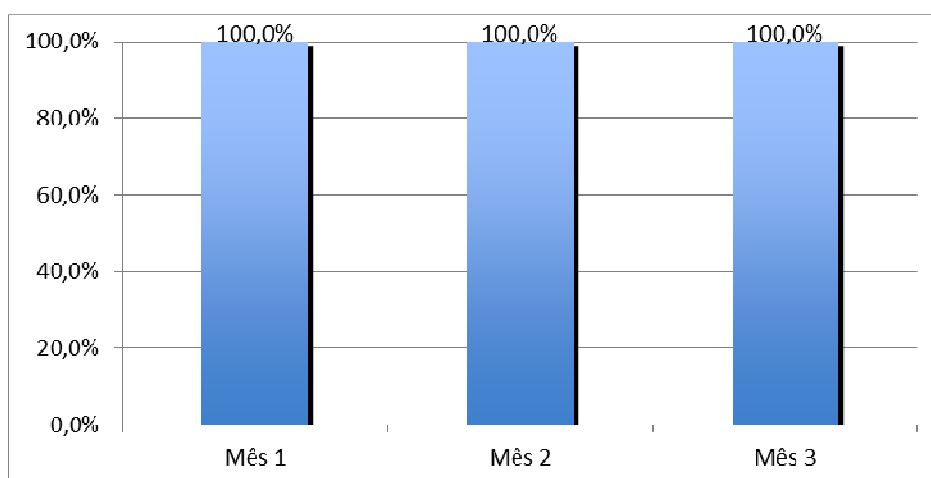


Figura 5: Gráfico indicativo da proporção de crianças com excesso de peso monitoradas.

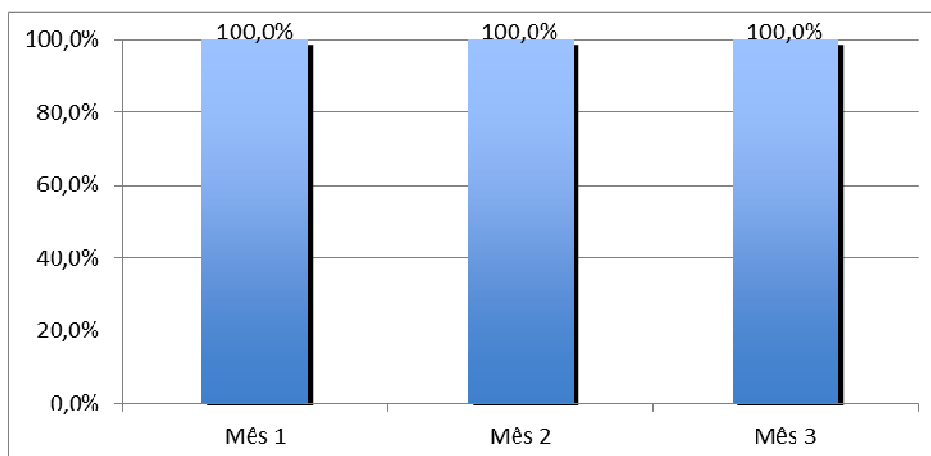


Figura 6: Gráfico indicativo da proporção de crianças com monitoramento do desenvolvimento.

Estes dados eram avaliados em todas as consultas com registro na ficha-espelho, no prontuário e na caderneta da criança. Os pais e responsáveis eram

orientados sobre os valores e marcos de desenvolvimento, bem como os limites superiores e inferiores de normalidade e o desenvolvimento esperado para cada idade da criança. Esses indicadores foram facilmente incorporados à consulta e à rotina da unidade, sendo o primeiro contato com a equipe após a inscrição no programa. Muitos pais compareciam às consultas com preocupações relacionadas a esses indicadores, fator que enriqueceu a rotina da unidade e aumentou o número de comparecimento às consultas. O cálculo destes indicadores foi de fácil realização e compreensão, resultando em completo alcance das metas estipuladas.

**Meta 2.6:** Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

**Indicador 2.6:** Proporção de crianças com vacinação em dia de acordo com a idade.

A vacinação é outro indicador importante apreciado no programa de intervenção. Atingimos a meta de 100% de crianças com imunizações em dia de acordo com a faixa etária nos três meses de intervenção (Figura 7). No primeiro mês oitenta e sete crianças tiveram vacinação atualizada, no segundo mês cento e trinta e seis crianças e no último mês um total de duzentas crianças.

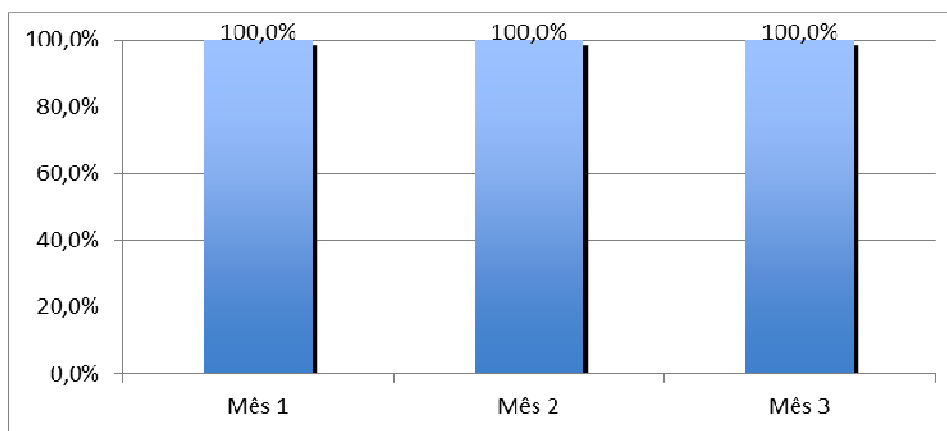


Figura 7: Gráfico indicativo da proporção de crianças com vacinas em dia de acordo com a idade.

A meta deste indicador foi facilmente alcançada e isso se ocorreu principalmente à existência de sala de vacina em nossa UBS com técnica em enfermagem presente em período integral, desta forma, quando as crianças estavam com atraso no calendário vacinal, eram prontamente encaminhadas para atualização da mesma, sem perder a oportunidade de manter esse indicador sempre em 100%. Além disso, as ACS responsáveis pelo cadastramento das crianças, neste

momento, já realizam o rastreamento das crianças com atraso vacinal e orientam de acordo com a faixa etária.

**Meta 2.7:** Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses.

**Indicador 2.7:** Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro.

Outra meta atingida com sucesso foi a realização de suplementação de ferro das crianças entre 06 e 24 meses assistidas pelo programa. Nas 12 semanas de intervenção mantivemos uma proporção de 100% de crianças na faixa etária correspondente recebendo a suplementação de ferro adequada (Figura 8).

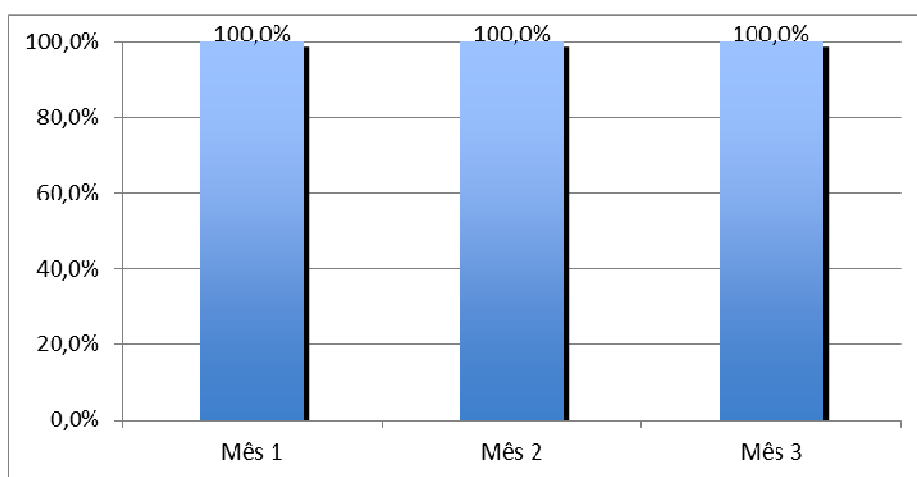


Figura 8: Gráfico indicativo da proporção de crianças entre seis e vinte e quatro meses com suplementação de ferro.

Essa meta obteve plena aceitação da população visto que todos os pais e responsáveis receberam informações orais e através de folhetos informativos sobre a importância da suplementação de acordo com a faixa etária, seguindo o protocolo do Ministério da Saúde, baseado em variados estudos científicos nessa área. A adesão foi impressionante e houve grande reconhecimento por parte dos familiares relacionados a este indicador, fator coadjuvante para o sucesso do indicador.

**Meta 2.8:** Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

**Indicador 2.8:** Proporção de crianças com triagem auditiva.

A triagem auditiva é um indicador que sabidamente não alcançaria a meta proposta, posto que o estado ainda não subsidia a realização deste exame integralmente. No primeiro mês de intervenção (agosto) apenas uma criança (1,1%) havia realizado o teste da orelhinha, sendo este efetuado em serviço particular. No mês subsequente, a proporção foi para 2,9% (n=4) e no último mês houve transição

para 7,5% (n=15) de crianças inscritas no programa com triagem auditiva realizada (Figura 9).

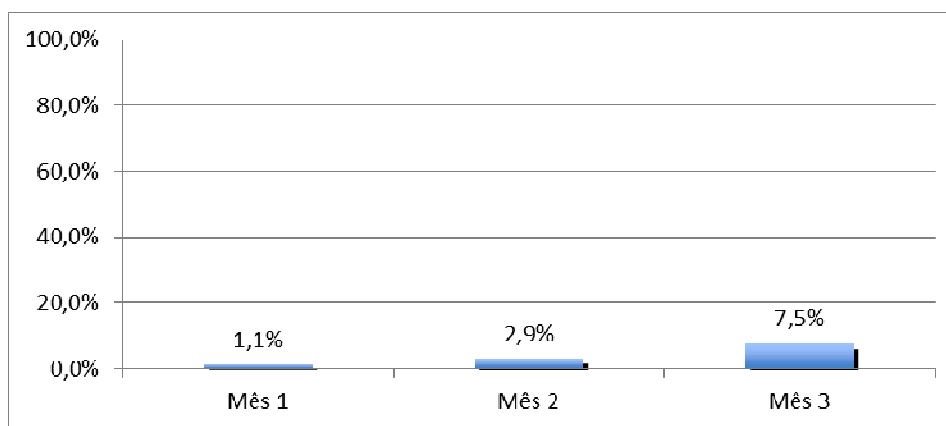


Figura 9: Gráfico indicativo da proporção de crianças com triagem auditiva.

Nota-se uma transição importante entre os meses de intervenção, tal circunstância atribui-se ao fato do governo ter iniciado a disponibilização da triagem auditiva para os recém-nascidos locais. Ou seja, essas crianças com triagem auditiva realizada nasceram após o início da intervenção e quando incluídas no programa já obtinham o teste. Durante as 12 semanas analisadas, fizemos encontros com a gestão para encontrar resolução para este impasse, visto que o teste é preconizado pelo Ministério da Saúde e deve obrigatoriamente ser oferecido pelo estado. Ainda estamos longe do ideal, mas a evolução do indicador demonstrou que a assistência ao recém-nascido de Rio Branco vem melhorando e, com isso, haverá menores taxas de morbimortalidade infantil para os próximos anos.

**Meta 2.9:** Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

**Indicador 2.9:** Proporção de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida.

O teste do pezinho realizado até o sétimo dia de vida, todavia, obteve melhores resultados quando comparado ao teste da orelhinha, entretanto também não alcançou a meta recomendada. Inicialmente 50,6% (n=44) das crianças do programa detinham o teste do pezinho, no segundo mês observou-se proporção de 48,5% (n=66) e nas últimas quatro semanas de análise a porcentagem ficou em 47% (n=94) (Figura 10).

Este indicador não alcançou o esperado por variadas causas. Inicialmente, percebeu-se uma grande quantidade de crianças com teste do pezinho realizado após os 07 dias de vida, dentre as explicações dadas pelos pais, as mais ouvidas

foram falta de informação e impossibilidade de procurar um serviço de saúde no período puerperal recente. Outra causa presente foi o extravio frequente do resultado do teste com ausência do registro do mesmo na caderneta da criança. Esses casos foram designados como teste não realizado dentro dos 07 dias de vida, o que resultou em decréscimo do valor do indicador e não alcance da meta. Mesmo que esses casos fossem considerados e o numerador do indicador consistisse em crianças com teste do pezinho independente da época de realização, ainda não alcançaríamos a meta, pois houve número importante de crianças sem a realização do determinado exame.

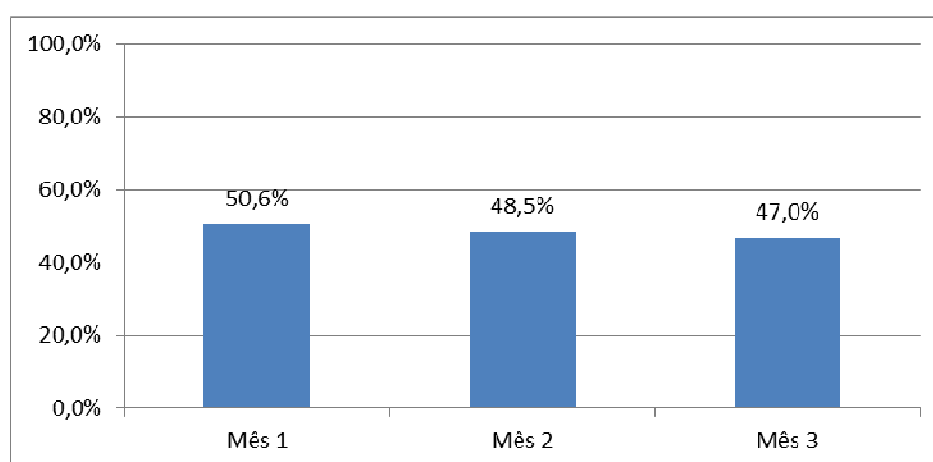


Figura 10: Gráfico indicativo da proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 07 dias de vida.

**Meta 2.10:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 e 72 meses.

**Indicador 2.10:** Proporção de crianças de 6 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Com relação à avaliação da necessidade de atendimento odontológico de crianças entre seis e setenta e dois meses, todas essas crianças (100%) foram avaliadas na consulta clínica e triadas – com ou sem necessidade – durante as 12 semanas de intervenção, seguindo a meta proposta (Figura 11).

Essa meta ocorreu de forma simples e sem dificuldades, durante as consultas clínicas e o exame físico, a cavidade oral é estudada e a partir dos achados a criança tinha em seu prontuário e ficha-espelho anotações que determinavam a necessidade ou não do atendimento. Para isto houve parceria com o odontólogo, que muitas vezes esclareceu algumas dúvidas diagnósticas e auxiliou na triagem de alguns casos. As crianças com necessidade de atendimento foram

classificadas como prioridades e, ao serem agendadas para consulta odontológica, iniciarão o tratamento precocemente.

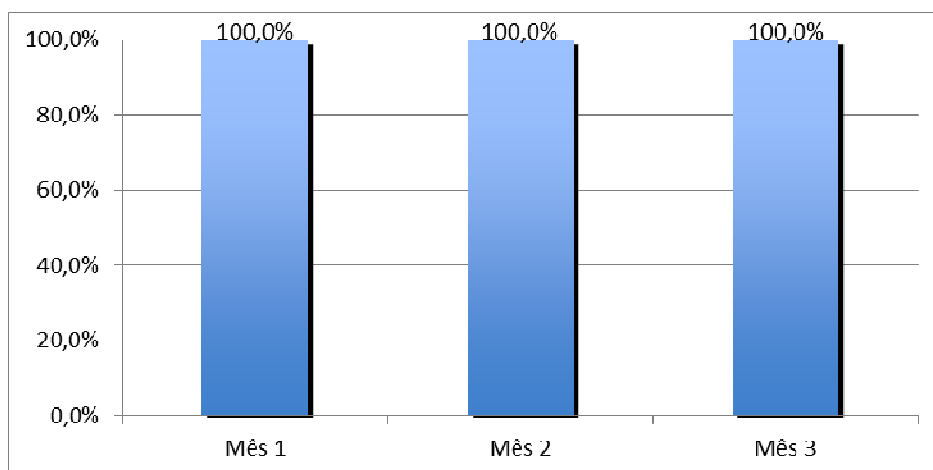


Figura 11: Gráfico indicativo da proporção de crianças entre 06 e 72 meses com avaliação de necessidade de atendimento odontológico.

**Meta 2.11:** Realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência, cadastradas na unidade de saúde.

**Indicador 2.11:** Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica.

A realização da primeira consulta odontológica na faixa etária correspondente não obteve o mesmo sucesso. No primeiro mês de intervenção 25,3% (n=19) das crianças entre seis e setenta e dois meses foram consultadas pela primeira vez pelo cirurgião-dentista, já no segundo mês poucas crianças foram incluídas e a proporção figurou 16,9% da amostra (n=21). No último mês a porcentagem foi de 13,5% (n=23) (Figura 12).

Em minha UBS funcionam três equipes de saúde da família, o presente estudo compreendeu crianças das três áreas adstritas, no entanto há apenas uma equipe de saúde bucal, que trabalha com grande demanda reprimida. Este grande impasse foi o principal fator causal da inexistência de uma assistência odontológica adequada para estas crianças. No início da intervenção houve número expressivo de atendimentos com horário reservado para as crianças do programa. Porém, posteriormente, o auxiliar de saúde bucal ausentou-se da UBS e por um mês não houve atendimentos odontológicos na UBS. Ao retornar os atendimentos, o cirurgião-dentista priorizou gestantes, pacientes com co-morbidades e consultas emergenciais. Há planos de retomada desses atendimentos para esse mês, bem

como encaminhamento das crianças com necessidade importante de consulta para serviço especializado em odontologia pediátrica e melhor assistência no quesito acessibilidade.

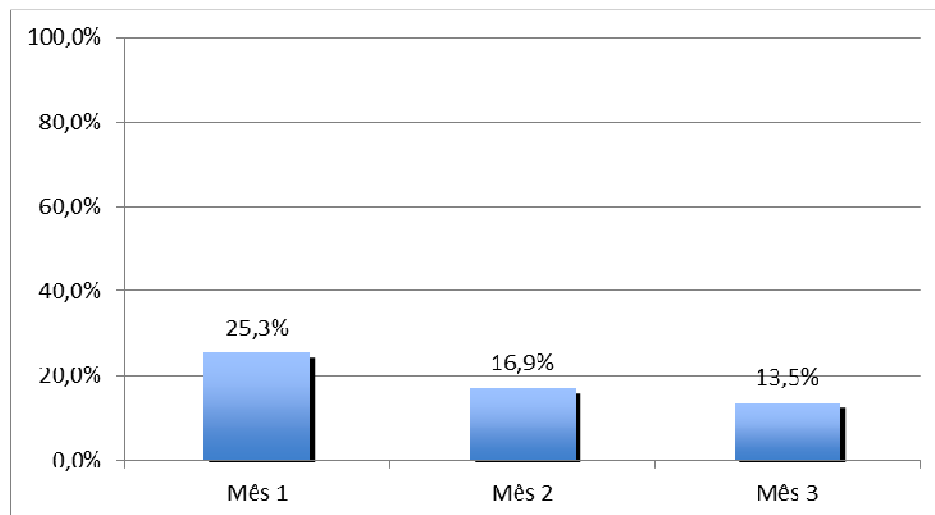


Figura 12: Gráfico indicativo da proporção de crianças entre 06 e 72 meses com primeira consulta odontológica.

**Relativos ao objetivo 3:** Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança.

**Meta 3.1:** Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

**Indicador 3.1:** Proporção de buscas realizadas às crianças faltosas ao programa de saúde da criança.

Nosso programa cadastra as crianças no momento da consulta clínica, o que diminui o número de faltosos. A única criança faltosa em nosso estudo foi uma criança com excesso de peso que não compareceu à consulta de retorno. Nos meses de análise, inicialmente nenhuma criança faltou, (Figura 13). Foi realizada busca ativa para o retorno dessa criança, concluída com sucesso.

Ao optar pelo cadastro no momento da consulta, exclui-se a possibilidade de faltosos à primeira consulta, ou seja, as crianças agendadas pelos ACS para cadastro e consulta clínica no mesmo período, caso não compareçam, não são consideradas como faltosas, pois ainda não foram cadastradas. As crianças com chance de serem faltosas são crianças com retorno agendado as quais não se apresentam na data referida, o que ocorreu apenas uma vez durante as 12 semanas de intervenção. Foi realizada a busca ativa e a criança foi novamente agendada para consulta clínica. Esse controle de crianças faltosas era realizado durante a inspeção e revisão das fichas-espelhos ocorridas semanalmente durante as reuniões promovidas por mim.



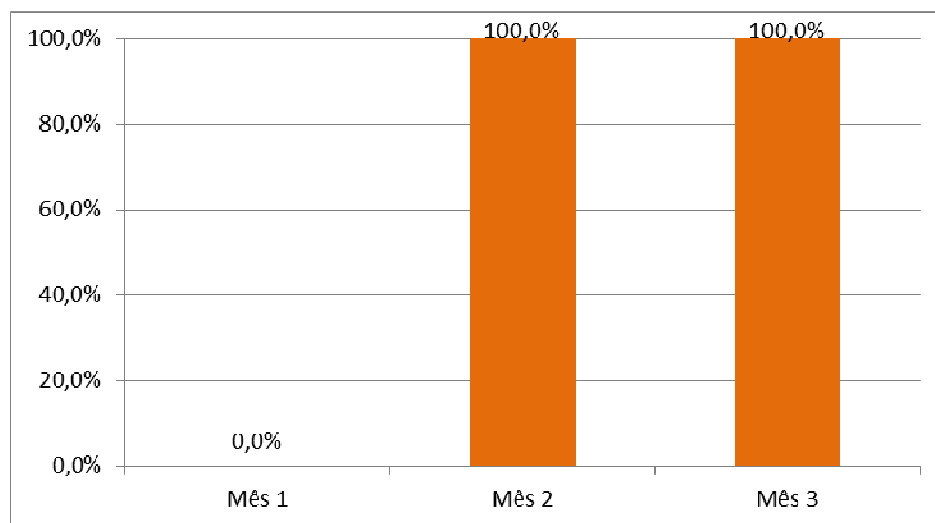


Figura 13: Gráfico indicativo da proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas às consultas no programa de saúde da criança.

**Relativos ao objetivo 4:** Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança.

**Meta 4.1:** Melhorar o registro das informações.

**Indicador 4.1:** Proporção de crianças com registro atualizado.

O registro das crianças do programa é realizado na recepção e após atendimento arquivado em local próprio. Semanalmente os arquivos são revisados para manter o registro atualizado e houve alcance da meta esperada, como é demonstrada na Figura 14.

Não houve dificuldades para manter o registro atualizado, visto que nas reuniões semanais há verificação das fichas-espelho atendidas, com enorme importância para manter a busca ativa de crianças com retorno agendado bem como as de alto risco. No primeiro mês oitenta e sete crianças mantiveram registro atualizado, no segundo mês cento e trinta e seis crianças e no último mês um total de duzentas crianças.

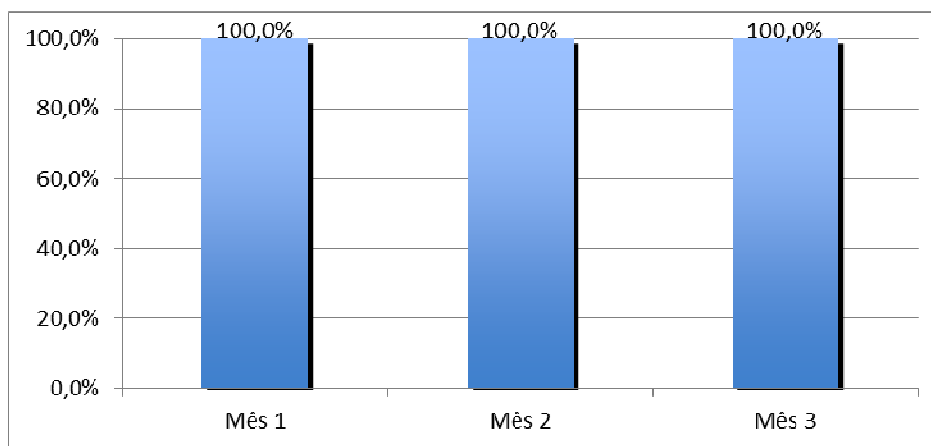


Figura 14: Gráfico indicativo da proporção de crianças com registro atualizado.

**Relativos ao objetivo 5:** Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência.

**Meta 5.1:** Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa

**Indicador 5.1:** Proporção de crianças com avaliação de risco. A avaliação do risco das crianças cadastradas no programa alcançou a meta estabelecida, figurando em 100% nos 03 meses de intervenção (Figura 15).

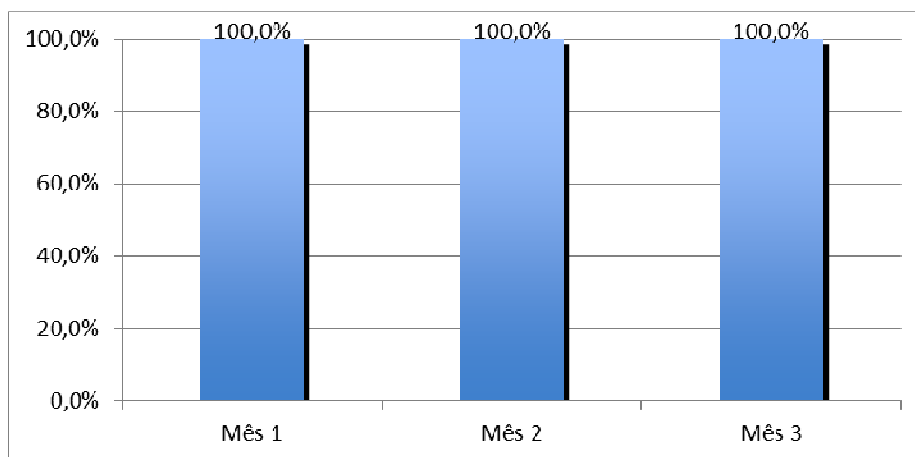


Figura 15: Gráfico indicativo da proporção de crianças com avaliação de risco.

Esta avaliação foi realizada durante anamnese e exame físico, guiadas por diálogo com os familiares, a qual ocorre sem contratempos durante o atendimento clínico. Há também interação com o ACS responsável pela família que, quando necessário, alerta para fatores de risco domiciliares assimilados durante as capacitações da intervenção. No primeiro mês oitenta e sete crianças foram

avaliadas, no segundo mês cento e trinta e seis crianças e no último mês um total de duzentas crianças.

**Relativos ao objetivo 6:** Promover a saúde das crianças.

**Meta 6.1:** Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

**Indicador 6.1:** Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância.

No que tange a orientações de saúde, todos os familiares (100%) receberam informações sobre prevenção de acidentes na infância (Figura 16). No primeiro mês oitenta e sete crianças compareceram às consultas e seus pais e responsáveis receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância, no segundo mês cento e trinta e seis crianças e no último mês um total de duzentas crianças.

Houve ótima receptividade da maioria dos familiares ao receber as orientações, as quais foram passadas por toda a equipe, desde a visita domiciliar na qual o ACS agendava a consulta e estava presente no convívio da família com oportunidade de ver e alertar sobre fatores que aumentam os riscos de acidentes, na sala de espera com folhetos informativos e banner e durante a consulta clínica. Estes ilustrativos e as orientações frequentes advindos de diferentes membros da equipe contribuíram para que as informações fossem disseminadas facilmente e entendidas pela população-alvo, contribuindo para o sucesso do indicador.

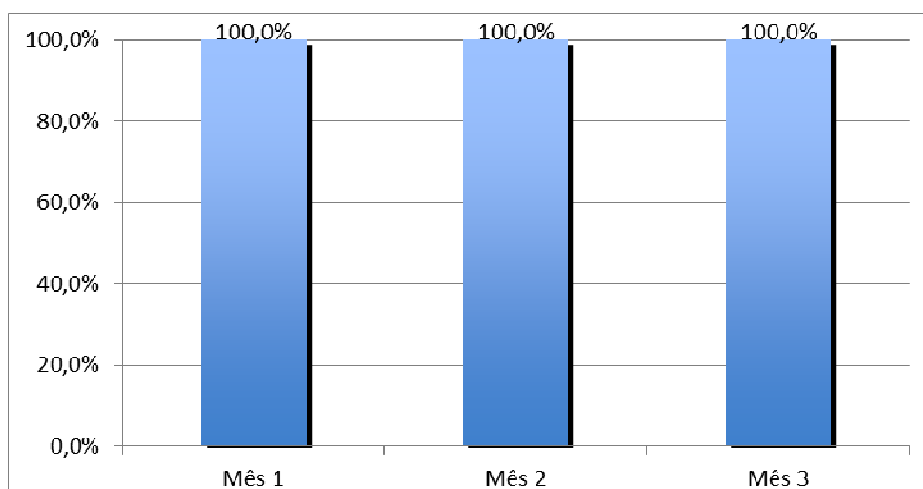


Figura 16: Gráfico indicativo da proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância.

**Meta 6.2:** Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

**Indicador 6.2:** Proporção de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.

O indicador referente a crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta, teve pouca variação entre os meses de intervenção e não alcançou a meta estipulada de 100%. No primeiro mês observa-se uma proporção de 16,1% (n=14) das crianças inscritas no programa colocadas para mamar na primeira consulta, no mês seguinte este valor caiu para 13,2% (n=18) e no último mês a porcentagem permaneceu em 20% (n=20), com acréscimo importante (Figura 17).

O indicador que se refere à amamentação tem como numerador o número de crianças colocadas para mamar e o indicador consiste no número total de crianças inscritas no programa saúde da criança. Esse cálculo reduz a proporção e muda a interpretação dos resultados, pois no presente estudo a maioria das crianças está acima dos 06 meses de idade, faixa etária que corresponde ao aleitamento materno exclusivo com maior importância à promoção desse ato. Na rotina da UBS, apenas as crianças até 06 meses foram colocadas para mamar, visto que após essa idade, se a criança ainda está em aleitamento materno é porque há posicionamento e pega adequados para manutenção desse hábito mãe-filho. Em contrapartida, até os 06 meses, idade na qual o aleitamento materno é essencial e indispensável, há inúmeras dúvidas sobre esse ato, erros da técnica e necessidade constante de valorização da alimentação por este meio. Caso o indicador tivesse como denominador o número de crianças inscritas no programa com até 06 meses de idade, alcançaríamos a meta proposta com 100% de crianças colocadas para mamar na primeira consulta.

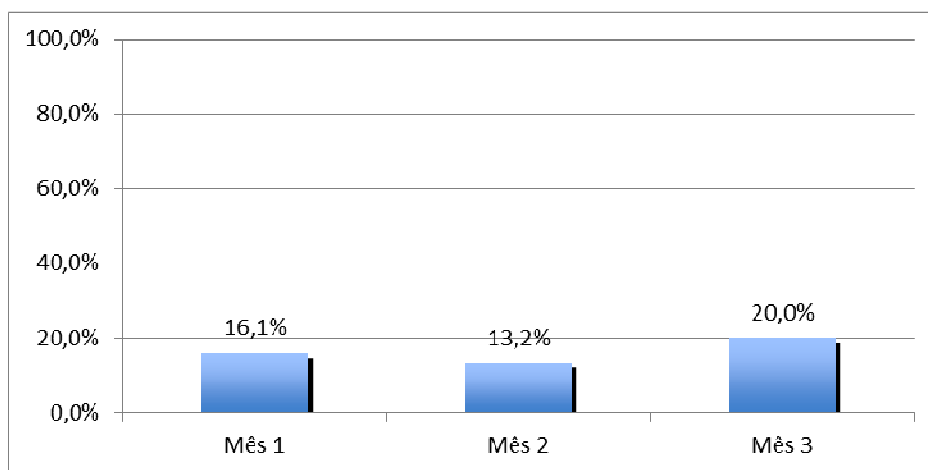


Figura 17: Gráfico indicativo da proporção de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.

**Meta 6.3:** Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

**Indicador 6.3:** Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.

As orientações nutricionais basearam-se em conversas sobre a alimentação no dia-dia da família e informações sobre a maneira adequada de mantê-la corretamente. Foram entregues folhetos para todos os pacientes e uma comunicação acessível para maior adesão e comunicação. Sem maiores problemas atingimos a meta esperada de 100% (Figura 18). No primeiro mês oitenta e sete crianças compareceram às consultas e seus pais e responsáveis receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária da criança, no segundo mês cento e trinta e seis crianças e no último mês um total de duzentas crianças.

Inúmeros familiares agradeceram as orientações repassadas, referiam dúvidas frequentes relacionadas à alimentação, pois costumavam ouvir inúmeras orientações leigas, sem saber quais seguir. A forma que as orientações foram fornecidas e a relação médico-paciente que foi estabelecida facilitou a adesão à recepção das informações e contribuiu para o sucesso da meta.

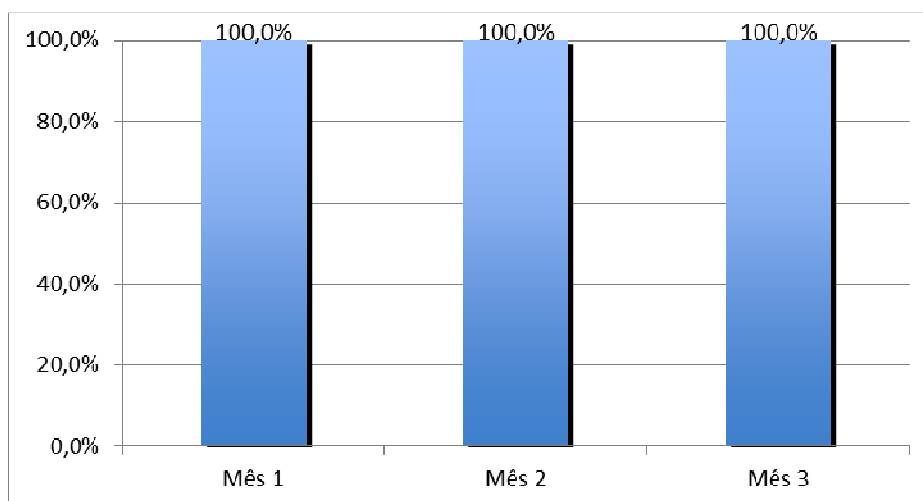


Figura 18: Gráfico indicativo da proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.

**Meta 6.4:** Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças de acordo com a faixa etária.

**Indicador 6.4:** Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária.

Para todos os familiares e responsáveis foram explanadas formas de realizar higiene bucal corretamente, bem como a etiologia e como prevenir as cáries. Atingiu-se 100% da meta esperada nos três meses de intervenção (Figura 19). No primeiro mês oitenta e sete crianças compareceram às consultas e seus pais e responsáveis receberam orientações sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária da criança, no segundo mês cento e trinta e seis crianças e no último mês um total de duzentas crianças.

As orientações foram conversadas após exame da cavidade oral, o que auxiliou o entendimento dos pais e a visualização da necessidade de saber a forma adequada de cuidar da saúde bucal.

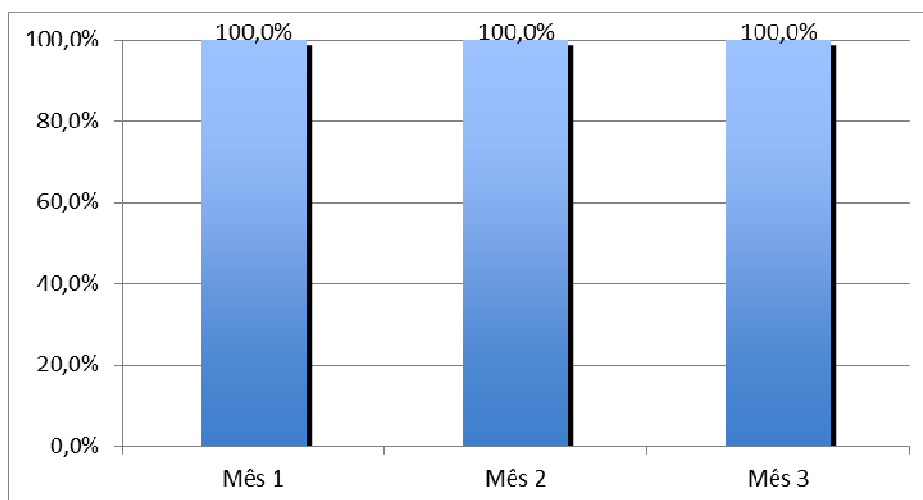


Figura 19: Gráfico indicativo da proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.

## 4.2 Discussão

Diante dos resultados, nota-se que a intervenção, em minha unidade básica de saúde, propiciou a ampliação da cobertura da atenção às crianças entre zero e setenta e dois meses, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção.

Destacaram-se a busca ativa de crianças para que as mesmas ingressassem no programa ainda na primeira semana de vida, o acompanhamento do peso, estatura e desenvolvimento com avaliação do risco de cada membro da intervenção, priorização da imunização adequada de acordo com a faixa etária bem como a suplementação com sulfato ferroso e promoção do aleitamento materno. Também, destaco a melhoria do atendimento clínico para contemplação daquilo que é previsto pelo protocolo utilizado.

O programa saúde da criança abrangeu paralelamente o incentivo ao teste do pezinho até o sétimo dia de vida, à realização da triagem auditiva e ao atendimento odontológico. Houve busca ativa de todas as crianças faltosas, com orientações constantes aos pais desde o agendamento da consulta até o atendimento clínico referente à nutrição infantil, cárie, crescimento e desenvolvimento e prevenção de acidentes na infância.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas à vacinação, avaliação do crescimento, desenvolvimento e do risco, aleitamento materno, nutrição infantil, cuidados odontológicos e prevenção de acidentes de acordo com a faixa etária. Essas capacitações ocorreram em forma de reuniões semanais e envolveu a médica, enfermeiras, ACS, recepção e técnicas em enfermagem.

Isto acabou tendo impactos também em outras atividades no serviço, houve maior atualização dos cadastros do programa Bolsa Família, bem como a dispensa do sulfato ferroso na farmácia aumentou exponencialmente, antes utilizado apenas para tratamento de anemia, hoje é utilizado para todas as crianças na faixa etária correspondente para profilaxia.

Antes da intervenção não havia atividades específicas envolvendo saúde da criança, apenas consultas clínicas com o profissional médico voltadas apenas para a queixa patológica da criança. Após a resolução, a criança não retornava, mantendo o vínculo com a UBS apenas para controle de imunizações. A intervenção mudou essa prática radicalmente, qualificando o serviço e levando melhorias para a comunidade, dando a oportunidade de a UBS iniciar seu primeiro programa com foco no acompanhamento de um grupo de indivíduos, nesse caso crianças, com o objetivo de promover saúde através da prevenção e orientação.

Para o serviço, a avaliação odontológica proporcionou a facilidade do programa em trazer esse público para o acompanhamento odontológico, justamente o público mais escasso dentre os atendimentos. A equipe de odontologia teve a chance de iniciar o acompanhamento dessa faixa etária antes incomum e intervir de maneira resolutiva, priorizando os casos com necessidade de atendimento e facilitando a própria triagem.

As reuniões semanais foram essenciais para integração da equipe e para que não houvesse nenhum profissional sobrecarregado, peça chave para a manutenção do serviço após a finalização da especialização. A busca ativa às

crianças faltosas foi a meta mais facilitada pela atualização rotineira dos registros, possibilitou que a equipe mantivesse vigilância sobre os casos que necessitassem retorno e acompanhamento adequado. Isso evitou também filas de espera para esses pacientes e abriu mais espaço na agenda para as outras faixas etárias.

A ampliação da cobertura permitiu que começássemos a traçar um perfil sobre essa população da nossa área de abrangência, criando e fortalecendo vínculos antes inexistentes e, através do acompanhamento das medidas antropométricas e marcos do desenvolvimento obteve-se a oportunidade de detectar precocemente distúrbios e patologias que possam aparecer na infância.

O acompanhamento das crianças com déficit ou excesso de peso permite o manejo ideal desses casos, alertando os pais para a existência dessas condições, antes desconhecidas, e tratando da forma devida para evitar consequências futuras, assim como a estratificação de risco dessas crianças, a qual possibilita o acompanhamento apropriado, capaz de diminuir a morbimortalidade.

A inclusão da criança ainda na primeira semana de vida facilita o diagnóstico de patologias neonatais e estabelece um acompanhamento precoce nesse período da vida tão delicado, também evolui com redução das taxas de morbimortalidade, bem como a adesão ao aleitamento materno, fortalecido pelo ato de colocar o bebê para mamar ainda na primeira consulta de puericultura.

As orientações fornecidas durante o dia a dia da unidade referentes à promoção do aleitamento materno, nutrição de acordo com cada faixa etária, prevenção de acidentes e higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie transformou o atendimento clínico em uma troca dinâmica entre paciente e equipe com real modificação dos hábitos da família. Os pacientes não só recebiam informações automáticas, mas eram indagados sobre sua rotina e sua realidade para que adequassem o ideal ao seu convívio diário. Com isso a comunidade beneficia-se aumentando o número de crianças com saúde bucal adequada, redução no número de acidentes e maior quantidade de famílias com alimentação adequada, fazendo parte da sua própria promoção à saúde. Tais medidas desafogam o serviço, pois a comunidade que conhece as formas de ter melhores hábitos de vida sempre semeará a saúde ao redor, distribuindo e compartilhando a informação aos demais.

Após rever toda a estrutura do programa, pontuando dificuldades e sucessos durante essas 12 semanas, eu teria dividido melhor as funções, incluindo mais funcionários na atualização de registros e na organização das capacitações



semanais. Outro fator que poderia ser modificado é a busca ativa de crianças residentes em áreas sem ACS, essa área ficou descoberta durante as 12 semanas e deveria ter tido um plano para que essa área fosse envolvida desde o início. A organização do setor de odontologia podia existir como houve nas consultas clínicas, através de reserva de turnos de atendimento para essa faixa etária. Houve déficit de alianças com a gestão, a qual poderia ter sido requisitada mais vezes para capacitações conjuntas, participação em ações em saúde e disponibilização de insumos.

O programa continua normalmente em minha UBS e todas as atividades estão sendo realizadas. Para que o serviço continue mantendo o mesmo padrão haverá consistente conscientização da população e alcance das áreas desassistidas nesse primeiro momento da intervenção, ou seja, partiremos para áreas sem ACS, porém que pertencem a nossa área de abrangência oficial, as quais necessitam de atenção especial. O atendimento odontológico será retomado dentro de seus limites com devido encaminhamento dos pacientes que não conseguirem ser atendidos na unidade.

Há necessidade de implantação de inúmeras melhorias, o primeiro passo será contato com a gestão para o devido repasse de resultados do programa e discussão sobre as possibilidades futuras. Acredito que os demais profissionais médicos da UBS devem envolver-se e isso provavelmente irá acontecer nas próximas semanas, bem como o início do rastreamento das áreas de abrangência que não possuem ACS, essas áreas serão incluídas paulatinamente no programa. Os testes do pezinho e da orelhinha merecem atenção especial com parceria com a gestão, requisitando capacitações para os profissionais do pré-natal e das maternidades locais, bem como palestras educativas para as gestantes explanando os benefícios dos exames. Acredito ainda que diversos outros avanços irão surgindo durante a existência do programa e que o mesmo não é fixo, mas sim apresenta toda a flexibilidade para manter-se sempre atual e atendendo as necessidades do serviço, da equipe e da população.

#### **4.3 Relatório da Intervenção para os Gestores**

Prezado Secretário Municipal de Saúde

Durante 12 semanas seguidas a partir do dia 28 de Agosto de 2014 realizamos uma intervenção no programa de atendimento à Saúde da Criança. As atividades fizeram parte dos requisitos formativos do curso de especialização em saúde da família da UFPEL, e só foram possíveis devido ao apoio da equipe e da gestão.

Nessas 12 semanas realizamos reuniões semanais para manter a atualização dos registros e constante vigilância sobre os dados para que as necessidades da comunidade não fossem esquecidas, como retorno breve para pacientes com alterações clínicas encontradas durante as consultas.

Em nossos encontros também houve capacitações sobre temas frequentes em nossa comunidade, e discussões acerca de situações ocorridas em nossa rotina para compartilhar conhecimento com intuito melhorar a interação da equipe e a cobertura do programa.

Durante o período de intervenção todos os membros da unidade expuseram suas opiniões sobre o andamento do programa e opinaram para aperfeiçoamento do nosso dia-dia, aperfeiçoando a relação entre os profissionais da Unidade e aumentando a adesão ao programa.

O monitoramento das crianças cadastradas no programa deu-se nessas reuniões, através de pesquisa às fichas-espelho e prontuários. Inicialmente houve integração da equipe da enfermagem e médica, porém, posteriormente, esse monitoramento foi realizado apenas pela médica, trazendo um pouco de dificuldades devido ao grande volume de crianças. No entanto, o monitoramento permaneceu sendo realizado sem prejuízos. Devido afastamento de uma das enfermeiras da unidade para licença maternidade houve esse desfalque, o que traduz a deficiência no número de profissionais para o tamanho da população que abrangemos.

A pesquisa de prontuários e fichas-espelho semanal também contemplou o controle frequente sobre crianças com alterações da curva de crescimento, com déficit ou excesso de peso, com atraso do desenvolvimento neuro-cognitivo, com vacinas atrasadas, dentre outras informações.

O cadastramento de crianças ocorreu única e exclusivamente na UBS, pelas ACS responsáveis pela área de abrangência, seguido de um completo atendimento por um profissional médico ou Enfermeira. A equipe optou por esse método, pois se acreditou que dessa forma garantiríamos mais facilmente o comparecimento da criança à UBS para consulta clínica e atualização do calendário vacinal, reduzindo

um provável número de faltosos que existiria caso o cadastro fosse realizado em domicílio para posterior consulta clínica. Julgou-se como melhor forma de captar a população-alvo do programa, dando mais credibilidade à intervenção, visto que todas as crianças cadastradas foram examinadas pelo menos uma vez por, no mínimo, dois profissionais de saúde, o ACS e o médico.

Essas visitas domiciliares para convite ao programa de intervenção também funcionaram como forma de orientar a comunidade sobre o programa de saúde da criança e quais os seus benefícios. Durante o dia-dia da unidade, todos os usuários foram também orientados sobre a existência da novidade na UBS e convidado a ajudar-nos a expandir as informações sobre o programa. A gestão teve um papel importante na difusão de orientações, com disponibilização de folhetos informativos, banners, instrumentos de medidas antropométricas e parceria para as capacitações.

As crianças com alterações de desenvolvimento foram encaminhadas ao especialista com garantia de acompanhamento e tratamento.

A maioria dos pais demonstrou imensa receptividade e participação durante as consultas. A conversa da equipe da UBS e da gestão sobre epidemiologia local e formas de prevenção demonstra o sucesso dessa parceria, de modo que juntos pode-se intercalar os insumos e facilidades que a gestão possui, com o conhecimento da comunidade e a área técnica que a UBS dispõe.

Quanto a dificuldade encontrada para a garantia do teste da orelhinha concluímos a necessidade de mobilização da gestão para que haja mais treinamento dos profissionais de saúde, com enfoque nas maternidades e locais de pré-natal (UBS, URAPs) para ideal manejo dessas pacientes e conscientização ainda durante o pré-natal.

Em suma, nosso programa caminhou uma trilha árdua de implantação de um serviço novo em uma Unidade que ainda está se adaptando aos moldes de saúde da família. Encontramos dificuldades devido a grande área de abrangência, o que traduz uma necessidade iminente de implantação de mais Unidades para que novas equipes estejam disponíveis para o cuidado dessa área de abrangência que ao mesmo tempo em que é tão extensa, é carente. Acredito que tivemos um balanço positivo, conseguimos conhecer melhor nossa área e trazer um serviço diferenciado para a população, melhorando a qualidade do cuidado e dos indicadores a curto e longo prazo.

Essa intervenção poderia ter sido facilitada caso tivéssemos um maior quadro de funcionários ativos e mais uma equipe de saúde da família trabalhando conjuntamente. A equipe de odontologia deveria ser ampliada para nos auxiliar diretamente a não desamparar qualquer caso de tratamento odontológico necessário. Creio que houve pouca difusão de informes sobre o programa para a comunidade para melhores esclarecimentos, bem como articulação com instituições (escolas, igrejas, creches) que ficam em áreas sem ACS para melhor abrangência e captação de crianças na faixa etária correspondente. Faltou a presença e o auxílio da enfermeira, a qual infelizmente não pôde acompanhar o programa, mas que teria feito muita diferença em toda a intervenção. Em resumo, houve necessidade de maior contato com a gestão para resolução de tais problemas, quadro de funcionários desfalcado, verba para difundir nosso programa e condições para abranger toda a área de maneira qualificada.

Anteriormente à implementação desse programa não havia uma atenção à saúde da criança estrutura e organizada, com ausência de números e resultados provenientes do serviço prestado à comunidade. Após o início do programa movimentamos registros e organizamos o funcionamento do atendimento à criança, promovendo o cadastro e a importância do acompanhamento, que antes estava adormecido sem perspectiva de mudança.

Todo esse trabalho resultou em reconhecimento da população, que se mobilizou e compareceu em massa para o cadastro e consultas clínicas, agradecendo a iniciativa e a devida importância que está sendo dada às crianças da comunidade.

Continuamos trabalhando em nosso serviço de puericultura com sucesso, melhorando a busca ativa de recém-nascidos e de pacientes faltosos às consultas de retorno. Estamos ainda nos mobilizando para melhor aperfeiçoar a atenção à saúde da criança. Há outras dificuldades encontradas em nossa intervenção e que necessitam fundamentalmente da gestão para funcionamento ótimo, de modo que estamos à disposição para discutir como continuar melhorando essa ação programática.

Atenciosamente, Equipe da Unidade Básica de Saúde Gentil Perdomo.

#### **4.4 Relatório da Intervenção para a Comunidade**

Senhores usuários, viemos por meio desta prestar esclarecimentos sobre a intervenção realizada no segundo semestre deste ano. A intervenção teve como objetivo priorizar e qualificar a atenção à saúde das crianças da área de abrangência da Unidade de Saúde Gentil Perdomo que começou há três meses e inaugurou esta nova forma de cuidar das crianças, com foco na qualidade do acompanhamento.

Nesses três meses a equipe reunia-se toda semana para manter a atualização dos cadastros e dos prontuários, para que todas as crianças registradas fossem lembradas, principalmente quando tinha baixo peso, necessidade de apresentar exames, entre outras coisas.

A intervenção também controlava as crianças com problemas na altura, no peso, no desenvolvimento, crianças com vacinas atrasadas, mães e pais recebiam orientações sobre alimentação, como prevenir acidentes e como cuidar da saúde bucal da criança.

O cadastramento de crianças ocorreu somente na Unidade, sendo realizado pelo Agente Comunitário de Saúde que é responsável pela rua agendada para aquele dia específico. Acreditamos que dessa forma havia maior garantia que a criança compareceria à UBS para consulta clínica e atualização da carteira de vacina.

Os pais e responsáveis foram convidados a partir dessas visitas domiciliares e dentro da Unidade para se cadastrarem no programa e quem se interessava era prontamente agendado com dia e horário marcados para cadastro e consulta clínica, ou seja, no mesmo momento que a criança é cadastrada, já realiza a primeira consulta.

A comunidade participante foi orientada sobre a importância de acompanhar a altura, o peso, as atividades que a criança consegue fazer em cada idade. Explicamos para os pais como aprender a ler os gráficos presentes na caderneta da criança, a importância da amamentação, do teste do pezinho até o sétimo dia de vida e do teste da orelhinha. Também foram orientados dentro de diversos assuntos, dentre eles a prevenção de acidentes na infância. Todas essas orientações e conversas servem para diminuir o número de doenças nessa idade e no futuro também, mas serve ainda para descobrir alguma doença bem no início, caso ela for surgir.

As crianças com alterações de desenvolvimento sempre são encaminhadas ao especialista com garantia de acompanhamento e tratamento. Conseguimos de forma positiva em encontro com a Secretaria o reforço na realização do exame do teste da orelhinha.

Outra parte do programa com um pouco mais de dificuldade foi manter o número de consultas ideais de acordo com a idade. Dos pacientes com retorno agendado, poucos retornaram na data marcada, havendo necessidade de ligar ou ir a casa desses pacientes. Chamamos a atenção da comunidade para que possa ser parceira e responsável nesse processo de retorno programado, bem como em outras atividades que a equipe desenvolver, pois todos somos parceiros no processo de geração de saúde. Por exemplo: muitos pais disseram não ter guardado o resultado do teste do pezinho, o que dificultou garantir com precisão se o exame foi ou não realizado no prazo adequado.

Em resumo, nosso programa caminhou por dificuldades para ser instalado, pois se trata de um serviço novo. Encontramos dificuldades devido ao grande número de pessoas que moram na comunidade, muitas reclamações, pois durante a semana três turnos de atendimento foram reservados para as crianças do programa. No dia a dia tentamos esclarecer a todos os usuários que o programa beneficia os familiares e a criança, trazendo informações, acompanhamento médico e do dentista e contato permanente com a equipe da Unidade. Tivemos um resultado positivo, conseguimos conhecer melhor nossa comunidade e trazer um serviço diferenciado para a população, melhorando a qualidade do cuidado à criança.

Continuamos trabalhando e ainda temos muitas conquistas para serem feitas, mas sabemos que com a participação e envolvimento da comunidade conseguiremos obter bons resultados para a saúde de nossa população. Por isso, contamos com a ajuda de todos e estamos à disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente, Equipe da Unidade de Saúde Gentil Perdomo.

## **5 REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM**

Ao longo dos seis anos de graduação em Medicina tive a oportunidade de conviver com a especialidade Saúde da Família e começar a conhecer um mundo diferente, no qual as coisas acontecem de acordo com uma visão holística da pessoa e do espaço.

Durante o curso, observei a importância de cada fase, de cada unidade. Iniciamos listando nossas expectativas em relação ao curso, uma fase de dúvidas, perspectivas do andamento do curso, anseios e muita vontade de fazer acontecer e dar certo. Com o seguimento da especialização tive a oportunidade de conhecer meu serviço, o funcionamento e sua estrutura física a fundo, de uma maneira que não aconteceria normalmente, e entendendo ao longo da caminhada a importância de saber detalhadamente onde trabalho e com quem atuo. As mais diferentes atividades da UBS na qual atuo foram destrinchadas e avaliadas minuciosamente com o objetivo de entrar no âmago de cada setor e através desta ferramenta ter um olhar abrangente em relação ao lugar que frequento todos os dias e logo iniciaria um novo programa em saúde.

Após essa compreensão do serviço iniciei um processo árduo de escolha e desenvolvimento de uma intervenção que trouxesse resultados, benefícios e melhorias para a comunidade e para a equipe. A partir de então o programa Saúde da Criança já estava em meu pensamento de uma forma forte e vívida, sendo construído com atenção e astúcia. Juntamente com o orientador, aos poucos foi definido o que seria alcançado e como atingiria as metas. O conjunto de interações com orientador e equipe tornou-se essencial a partir de então, o dinamismo entre todos e o desejo de conquistar novos horizontes foi definitivo e trouxe bons resultados.

O momento de pôr o conhecimento em prática finalmente chegou, houve muita ansiedade no início e medo de simplesmente não conseguir, mas o que eu

ainda não havia percebido é que um trabalho que envolve planejamento, organização e boa vontade têm maiores chances de chegar ao sucesso mais facilmente.

Ao final dessas experiências vejo que minhas expectativas foram alcançadas, estou caminhando para a conclusão da minha primeira especialização, consegui conhecer de forma diferenciada e holística a comunidade e a equipe com a qual atuo, construí um legado que permanecerá constituído para a área de abrangência com sucesso e avanços duradouros.

Tem sido uma experiência única fazer parte de um projeto, galgando objetivos reais e resultados sólidos. Posso afirmar que me doeie para a especialização e para meu serviço com a simples finalidade de transformar o conceito de “cuidar” na UBS Gentil Perdomo e, portanto, alcançar os alvos e metas com sucesso. Hoje me vejo com mais maturidade profissional e capaz de trazer boas mudanças aonde quer que eu trabalhe, lidando com as adversidades de forma serena e otimista.

Desta forma, concluo que a paciência, a organização e o planejamento foram os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso, tais mudanças tiveram e têm impactos tanto na minha carreira médica como em minha vida pessoal e me acompanharão eternamente. Com maturidade e as qualidades descritas acima posso reiterar que minha evolução pessoal será sempre equilibrada, sem grandes surpresas e projetando os resultados que gostaria de ter em todos os aspectos da minha vida.



## 6 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança**: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272p.

LEAO, C. D. A.; CALDEIRA, A. P.; OLIVEIRA, M. M. C. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 11, n. 3, p. 323-334, set. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v11n3/a13v11n3.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2014.

MELLO, D. F. *et al.* Seguimento da saúde da criança e a longitudinalidade do cuidado. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 4, p. 675-679, jul. - ago. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n4/a18v65n4.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2014.

## **ANEXOS**

## ANEXO A - Ficha espelho

FRENTE



Especialização em  
Saúde da Família  
e Federal de Pelotas

PROGRAMA DE SAÚDE DA CRIANÇA  
FICHA ESPELHO

Data do ingresso no programa \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número do Prontuário: \_\_\_\_\_ Cartão SUS \_\_\_\_\_  
 Nome completo: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Nome da mãe: \_\_\_\_\_  
 Nome do pai: \_\_\_\_\_ Telefones de contato: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Peso ao nascer: \_\_\_\_\_ g Comprimento ao nascer \_\_\_\_\_ cm Perímetro cefálico \_\_\_\_\_ cm Apgar: 1º min: \_\_\_\_\_ 5º min: \_\_\_\_\_ Idade gestacional: \_\_\_\_\_ semanas \_\_\_\_\_ dias  
 Tipo de parto \_\_\_\_\_ Tipagem sanguínea \_\_\_\_\_

Manobra de Ortoli ( ) negativo ( ) positivo    teste do reflexo vermelho ( ) normal ( ) alterado    Teste do pezinho ( ) não ( ) sim    Realizado em: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Fenilcetonúria ( ) normal ( ) alterado / Hipotireoidismo ( ) normal ( ) alterado / Anemia falciforme ( ) normal ( ) alterado / Observações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Triagem auditiva ( ) não ( ) sim    Realizado em: \_\_/\_\_/\_\_\_\_    Testes realizados: ( ) PEATE ( ) EOA resultados: OD ( ) normal ( ) alterado OE ( ) normal ( ) alterado

[illegible]

VERSO



**Especialização em  
Saúde da Família**

PROGRAMA DE SAÚDE DA CRIANÇA  
FICHA ESPELHO[illegible]

## ANEXO B - Planilha de coleta de dados

### ABA DADOS DA UBS

CS

Digite apenas nas células em VERDE.

Número total de crianças entre zero e 72 meses residentes na área de abrangência da unidade de saúde

Considere o total de crianças na faixa etária residentes na área de abrangência da unidade de saúde, independente se frequentam o Programa de Puericultura na unidade de saúde ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (\*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.

Mês 1, Mês 2, Mês 3

Número total de crianças entre zero e 72 meses residentes na área e acompanhadas na unidade de saúde

OBSERVAÇÕES

Considere apenas as crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde que frequentam o Programa de Puericultura. Você pode obter este dado contando as fichas de Saúde da Criança / fichas espelho / fichas sombra.

\*estimativa de crianças residentes na área por faixa etária

População total residente da área de abrangência da Unidade de Saúde

Menores de 12 meses: 0

De 12 a 24 meses: 0

De 25 a 72 meses: 0

Total de crianças entre zero e 72 meses: 0

Digite a população total nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.

Este seria o número total estimado de crianças entre 0 e 72 meses residentes no território.

Apresentação, Orientações, Dados da UBS, Mês 1, Mês 2, Mês 3, Indicadores

### ABA DADOS DO MÊS (PARTE 1 E 2)

B16

Indicadores de Saúde da Criança - Mês 1

Dados para coleta: Número da criança, Nome da Criança, Idade da criança, Sexo, A criança fez a primeira consulta na primeira semana de vida?, A criança está com o monitoramento de crescimento em dia?, A criança está com déficit de peso?, A criança está com excesso de peso?, A criança está com o monitoramento de desenvolvimento em dia?, A criança está com o esquema vacinal em dia?, A criança que tem entre 0 e 24 meses está recebendo suplementação de ferro?

Orientações de preenchimento: de 1 até o total de crianças cadastradas, Nome, Em meses, 0 - Masculino, 1 - Feminino, 0 - Não, 1 - Sim

1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18

Apresentação, Orientações, Dados da UBS, Mês 1, Mês 2, Mês 3, Indicadores

B16

Indicadores de Saúde da Criança - Mês 1

Dados para coleta: Número da criança, Nome da Criança, Foi realizada triagem auditiva na criança?, A criança fez o teste do pezinho nos primeiros 7 dias de vida?, A criança entre 6 e 72 meses recebeu avaliação da necessidade de atendimento odontológico?, A criança entre 6 e 72 meses recebeu a primeira consulta odontológica programática?, A criança faltou à consulta agendada com médico ou enfermeiro?, Foi realizada busca ativa para a criança faltosa à consulta?, A criança está com registro adequado na ficha espelho?, Foi realizada avaliação de risco na criança?, A mãe (responsável) recebeu orientação sobre prevenção de acidentes na infância?, A criança foi colocada para mamar na primeira consulta de puericultura?, A mãe (responsável) recebeu orientação nutricional na unidade de saúde de acordo com a faixa etária?, A mãe (responsável) recebeu orientação na unidade de saúde sobre higiene bucal, etologia e prevenção da cárie?

Orientações de preenchimento: de 1 até o total de crianças cadastradas, Nome, 0 - Não, 1 - Sim

1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22

Apresentação, Orientações, Dados da UBS, Mês 1, Mês 2, Mês 3, Indicadores

**ANEXO C - Folha de Aprovação do Comitê de Ética**

 <b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS</b> <b>FACULDADE DE MEDICINA</b> <b>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</b>	
OF. 15/12	Pelotas, 08 de março 2012.
Ilma Sr <sup>a</sup> Prof <sup>a</sup> Ana Cláudia Gastel Fassa	
<i>Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde</i>	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e <b>APROVADO</b> por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patrícia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL	